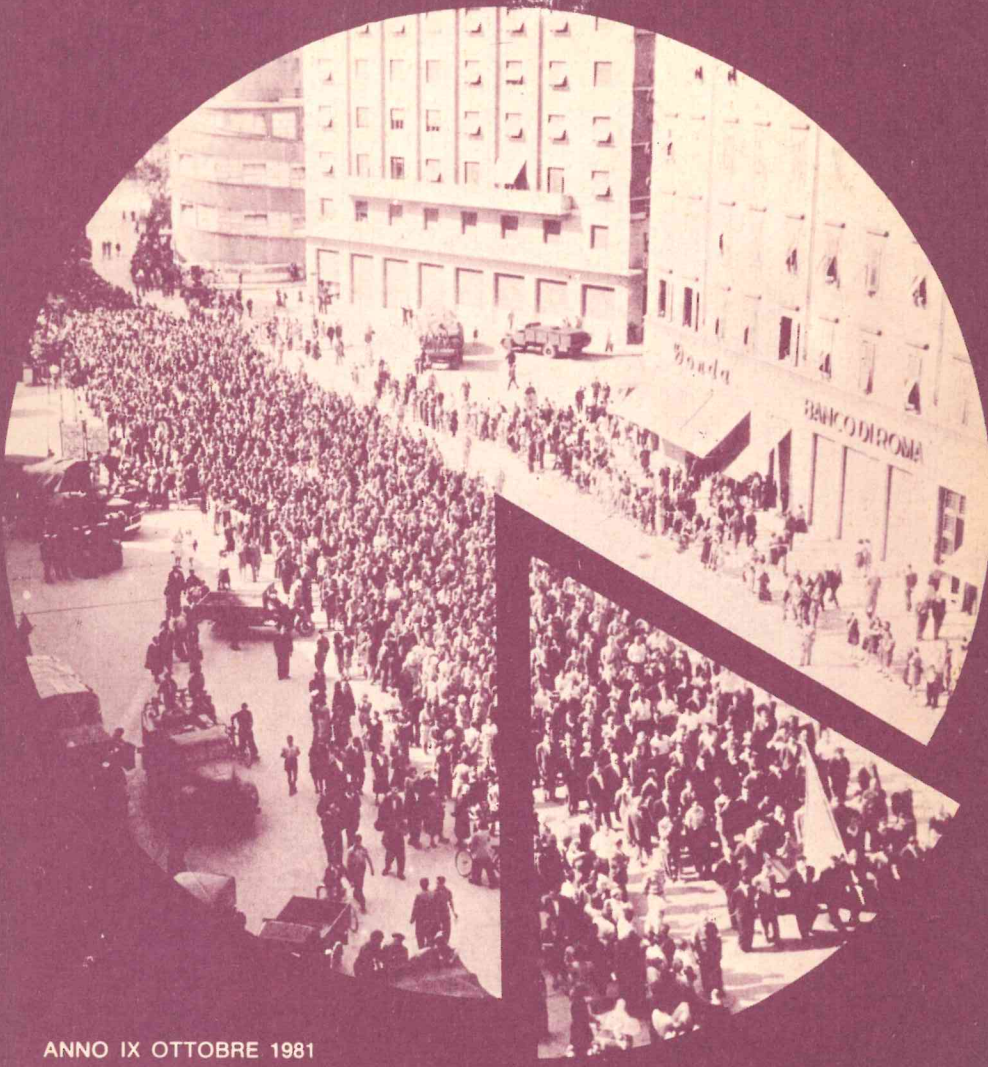
QUALESTORIA



ANNO IX OTTOBRE 1981

n. 3

BOLLETTINO DELL'ISTITUTO REGIONALE
PER LA STORIA DEL MOVIMENTO DI LIBERAZIONE NEL FRIULI-VENEZIA GIULIA

«QUALESTORIA», N. S., a. IX, n. 3, ottobre 1981

Pediatri e contadini intorno alla morte del bambino povero

di Flaviana Zanolla

Nel leggere gli studi sulla storia della medicina e della ricerca medico-naturalista in genere, prevale la sensazione che ad essi sia sottesa un'immagine di astratto evoluzionismo della teoria scientifica volta a raggiungere sempre nuovi gradi di approssimazione alla verità; si legge il passato come una somma di progressive acquisizioni che si schierano a prefigurare il presente e la storia delle diverse discipline mediche si configura come storia delle innovazioni scientifiche. Uomini e donne, bambini e vecchi interessano alla ricerca nella stretta dimensione della ricostruzione del progresso scientifico. Si utilizzano forme di classificazione del sapere scientifico attuale senza interrogarsi se nel passato esistevano come correnti epistemologiche. Anche nella storia della cosiddetta medicina sociale questo approccio appare dominante: gli sforzi sono diretti a ricercare forme e contenuti di un naturale evolversi delle strategie assistenziali e ci si dimentica di capire perché nuovi soggetti sociali diventino oggetti privilegiati dell'osservazione medica (1). La rilevanza attribuita all'analisi del processo di progressivo differenziarsi delle verità scientifiche ha finito con l'introdurre anche nella ricerca storica il concetto medico di asetticità, immediatamente percepito come custode della scientificità.

In questa forma di lettura non contaminata della realtà ha

(1) Cfr. i recenti contributi critici: G. PANSERI, *La nascita della polizia medica: l'organizzazione sanitaria nei vari Stati italiani*, in *Storia d'Italia. Annali*, Torino, Einaudi, 1980, III; J. ATTALI, *Vita e morte della medicina*, Milano, Feltrinelli, 1980; M. CRUBELLIER, *L'enfance et la jeunesse dans la société française, 1800-1950, Paris*, A. Colin, 1979; A. CHERUBINI, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1980; *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, a cura del Centro Italiano di Storia ospitaliera, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1978.

trovato spazio specularmente la nascita del «deviante»: l'assunzione che esista la norma medica da un lato e la devianza dall'altro; individuando nella prima il sistema normativo, unico in quanto sorretto dalla scienza, cui le persone dovrebbero obbedire.

Il contagio col sociale, presente nell'analisi della medicina sociale, lo è solo in quanto specialità che guarisce il sociale. Per questa sorta di equivalenza analogica (asettico = scientifico) viene perpetuata una separazione tra norme mediche e norme sociali, offrendo un'immagine della scienza medica che si ricrea su se stessa con le uniche variabili concesse dal naturale grado di approssimazione dell'errore umano.

Per superare quest'immagine evoluzionistica G. Pomata suggerisce di «guardare alla medicina non come corpo di idee ma piuttosto come pratica di una comunità professionale» per dare alla correlazione generica fra teoria medica e norma sociale un senso più pregnante e all'elemento sociale la dignità di componente strutturale della percezione medica della realtà (2). Si tratta quindi di tentare un processo inverso, restituendo nell'analisi la centralità alla figura sociale del medico, individuale e collettiva, al fine di superare i luoghi comuni della storia della medicina (arretratezza, mancato sviluppo, salto all'indietro) e comunque di valutarli in quanto effetti di un complesso sistema di concezioni individuali e collettive dell'intero corpo sociale e in primo luogo dei medici.

Nella prima parte di questo articolo si cerca di delineare la concezione medica della vita e della morte che sottende all'intervento pediatrico e al sistema di interventi sanitari a favore dell'infanzia povera, a partire dal quadro di premesse fondamentali della medicina ottocentesca, della sua teoria sulla malattia e sulla salute. In quale forma i bambini interessano e perché l'approccio pediatrico si realizza attraverso una particolare commistione fra intenti umanitari e un ordinato discorso scientifico, cercando di delineare il senso e la funzione della dinamica fra intervento medico ed estraneità ad esso, tra le diverse forme del pensiero e della conoscenza, «scientifiche» e non, tra quelle dei medici e quelle delle «donnicciole ignoranti». Nella seconda parte presento uno spaccato della concezione popolare della vita del bambino, assunta nel discorso medico come fondamentale causa della mortalità infantile, cercando di mostrare dall'interno il reticolo dei sentimenti e l'universo emozionale della famiglia e della madre nei confronti del figlio.

(2) G. POMATA, *In scienza e coscienza*, Firenze, La Nuova Italia Editrice, 1979, pp. 57-72.

In sette casi di morte di bambini che non furono assoggettati ad alcuna cura durante la malattia, ed in cui secondo i protocolli assunti al fisicato era manifesta la trascuranza per parte dei genitori, il Municipio si trovò costretto di portare denunzia all'I. R. Autorità giudiziaria.

A questo riguardo io osserverò, che purtroppo la mortalità dei bambini va in gran parte ascritta alla noncuranza dei genitori, i quali credono che basti chiamare il medico durante lo stato di agonia, onde procurarsi l'attestato di cura medica che li preservi dalle indagini ufficiose. Convinto come sono della verità di quanto asserisco, io faccio appello alla pubblica stampa, perché infonda anche nel basso popolo la necessità di chiamare a tempo il medico, specie nelle malattie dei bambini, né alcerto mancherò io al mio obbligo di rendere responsabili di trascurata cura tutti quei genitori che in qualsiasi modo si sono resi colpevoli della morte dei loro figli, quand'anche abbiano chiamato il medico all'ultimo momento (3).

E' alla fine dell'Ottocento che nei Rapporti Sanitari del Comune di Gorizia (4) accanto agli allarmanti ma ormai abituali prospetti della mortalità infantile, compaiono altrettanto impietosite lamentele sulle deprecabili condizioni in cui versano i neonati ed i fanciulli poveri. Negli ultimi decenni di questo secolo crescono da un lato le preoccupazioni sulle condizioni di vita dell'infanzia derelitta legittima e dall'altro si articola faticosamente una strategia di interventi sanitari che superano il carattere privato e non si fondano più soltanto sulla carità o sul soccorso generico all'indigenza, ma si legano in qualche forma alle amministrazioni periferiche dello stato (5).

Questa attenzione verso l'infanzia, all'interno di un più ampio interesse sulle condizioni di vita delle classi subalterne, assume alla fine dell'Ottocento connotati particolari: l'esposizione è ormai un dato patologico in quanto i brefotrofi pullulano di infanti legittimi. Sono questi ultimi, accanto a tutti gli altri, «al cui fianco siedono miseria e ignoranza» i referenti privilegiati della conoscenza e dell'intervento medico (6). La salute, o meglio la vita degli infanti, diventa un problema legato alle responsabilità sociali della classe medica e soprattutto a quelle personali della madre o di entrambi i genitori. In questo senso, come vedremo, lo logica

(3) Biblioteca Civica di Gorizia (d'ora in avanti B.C.G.), *Rapporto Sanitario nel Comune di Gorizia*, per l'anno 1903, p. 64.
(4) B.C.G., *Rapporto Sanitario nel Comune di Gorizia*, per gli anni 1876-1921.
(5) Cfr. F. DELLA PERUTA, *Infanzia e famiglia nella prima metà dell'Ottocento*, in «Studi storici», III, 1979, pp. 473-491.
(6) Sulla necessità di assistere i bambini poveri legittimi, cfr. G. BERGHINZ, *Per coloro cui Morte - Malattia - Miseria negano il seno materno*, Udine, Tip. Cooperativa, 1907, pp. 52.

medica si dilata nel sociale e, in ragione di norme biologiche, igieniche, mediche, persegue un duplice obiettivo: affermare la propria lettura sociale in quanto scientifica espellendo figure non scientifiche dalla gestione della medicina, nel suo proporre-imporre i propri modelli di rapporto e di comportamento nel legame madre-figlio.

Fra i medici e gli igienisti della Camera della Principesca Contea di Gradisca e di Gorizia, estensori di queste relazioni, cominciano a serpeggiare i segni di una profonda preoccupazione e di disagio professionale nel valutare, anche all'interno di un pubblico di lettori medici, l'incidenza della mortalità infantile (7). Ma questa attenzione del medico verso le malattie del bambino, o meglio verso la sua morte, si confonde e per certi versi si risolve in un interessante scenario fatto di frenetici e corali j'accuse contro ciarlatani, farmacisti ,levatrici da un lato e l'ignoranza della madre e i nefasti consigli di ignoranti comari dall'altro. Le riflessioni sullo stato di sviluppo della pediatria oscillano tra queste due logiche: troviamo da un lato l'asserzione che la scienza pediatrica sta attraversando il normale corso di ciascuna nuova specialità e, dall'altro, la convinzione che comunque la vecchia medicina potrebbe affrontare serenamente la mortalità infantile se non ci fosse trascuranza da parte dei genitori. Ne consegue che la dinamica tra percezione medica del reale e grado di sviluppo scientifico della pediatria, causa e segno insieme della cosiddetta arretratezza, non entra nel gioco delle responsabilità; e anche all'interno degli stessi confini prodotti dalla teoria medica il livello di scientificità non interviene nel dibattito come problema specifico (8). Le deontologia professionale del pediatra emerge, annegando in un mare di petizioni contro levatrici e ciarlatani, attivando una serie di meccanismi di controllo poliziesco sulle

(7) Vedi Tav. n. 1-2-3. La situazione nelle campagne della Contea è ancora più drammatica. «Negli anni 1882-1883-1884 i morti nella provincia sono stati 6137, 5663, 6090 e di questi morirono dalla nascita ad 1 anno rispettivamente 1501, 1365, 1488. E di poco inferiore è la mortalità dal 1º al 5º anno di vita rappresentato da 1260 morti nel 1882, 1046 nel 1883 e 1182 nel 1884, il che fra la nascita e i 5 anni ci dà un percento sulla mortalità complessiva di 44.8%, 42.2% e 43.3%», B.C.G., *Rapporto Sanitario per l'anno 1886*. Gorizia, 1887.

(8) E' il prof. L. Concetti, medico-ricercatore a lamentare molto più tardi l'impreparazione professionale del pediatra: «Le prove di tale asserto ricorrono continuamente nella pratica giornaliera ove si vedono prescrizioni alimentari le più sconvenienti e le più esiziali, ove le incertezze e gli errori diagnostici fanno perdere un tempo talora prezioso e non più riparabile, ove alcune prescrizioni terapeutiche sono impossibili ad eseguirsi od irrisorie per soverchia prudenza o dannose per incosciente ordinamento» cit. in G. MINCIOTTI, *L'opera di Guido Berghinz*, in «*Atti dell'Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Udine*» (d'ora in avanti: *Atti dell'Accademia di Udine*), Udine, serie VI, VII, anni 1940-1943, n. 83.

figure non «scientifiche» (9). La scientificità del pediatra prende forma attraverso l'opposizione: la sua autorità procede, nel suo dispiegarsi, perfezionando raffinatissimi e intricati regolamenti sulla condotta e sull'esercizio della medicina da parte delle levatrici, denunciando genitori e ciarlatani.

Di contro nel 1899 al I Congresso dei pochi pediatri italiani tenutosi a Padova come Sezione dell'Associazione Medica Italiana, si contano due cattedre di Pediatria (una nella stessa Padova, l'altra a Napoli); alla Società Italiana di Pediatria sono iscritti nel 1905 poco meno di duecento medici e uno dei suoi più autorevoli rappresentanti, nella dissertazione inaugurale dello stesso anno, afferma che

> mentre le origini della Pediatria risalgono, può dirsi, ai primordi della Medicina generale, gli effettivi progressi compiuti in questa branca delle mediche discipline possono dichiararsi il risultato degli studi eseguiti nello scorso secolo e più propriamente nella seconda metà di esso (10).

Nel 1897 il Mandelli descrive così lo stato della spedalità nella Provincia di Udine:

> Esistono in questa Provincia n. 11 Ospedali, la maggior parte dei quali

(9) Alla 1a Convocazione della Camera dei Medici della Principesca Contea di Gradisca e di Gorizia tenutasi l'11.12.1893: «tra gli atti colle Autorità faremo cenno come le più importanti delle pratiche fatte onde porre freno al procedere abusivo e ciarlatanesco della Anna d'A.»: «B.C.G., *Resoconto dell'attività della Camera dei Medici della Principesca Contea Di Gradisca e Di Gorizia, nell'Anno 1895.*, Gorizia, 1896; nel 1896 viene inviata una petizione al Ministero dell'Interno e alle rispettive Autorità Provinciali «per prevenire il ciarlatanesimo e l'opera dei ciarlatani nel cagionare le morti dei fanciulli», B.C.G., *Resoconto dell'attività*, cit. per l'anno 1896-1897; al Convegno delle Rappresentanze Camerali svoltosi in Vienna nel 1896 i delegati di questa Contea presentano una petizione in cui si chiede che le Camere riprendano un'azione comune affinché venga delimitata l'opera dei farmacisti e delle levatrici in modo da non invadere il campo dell'attività medica, in B.C.G., *Resoconto dell'attività*, cit. *per l'anno 1896-1897;* al Convegno di Leopoli nel 1898 gli stessi delegati propongono di compilare un elenco di tutti i ciarlatani e le comari pericolose residenti e straniere onde facilitarne la denuncia, in B.C.G., *Rapporto Sanitario pel Comune di Gorizia nell'anno 1898-1901*, Gorizia, 1902. Corre parallelamente per le levatrici l'obbligo di frequentare corsi professionali per poter esercitare la loro attività: qui di seguito alcune delle norme, la cui introduzione viene richiesta dai medici negli ultimi anni dell'Ottocento: a) Esigere per l'ammissione nella scuola delle levatrici una più vasta coltura e qualifica intellettuale delle aspiranti mediante l'introduzione di esami che le candidate devono subire davanti ad un'apposita commissione della quale dovrebbe far parte anche il prof. d'ostetricia. b) Rimandare ogni scolara che durante le prime settimane non desse prova sufficiente a superare ed appropriare una sì importante materia. c) Prolungamento del corso da 5 a 8 mesi, in questo caso l'insegnamento dovrebbe tenersi un anno in lingua italiana e l'altro in lingua slovena. d) Introduzione dei cosiddetti corsi di ripetizione ogni 4º e 6º anno, tale ripetizione dovrebbe essere obbligatorio. e) Negare il sussidio a quelle candidate che venissero riprovate per l'intero corso sia all'esame preparatorio che al rigoroso, in B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1895*, pp. 4-5. Sulla dinamica del rapporto fra figure scientifiche e levatrici, cfr. J. GÉLIS, *Sages femmes et accoucheurs: l'obstetrique populaire aux XVII et XVIII siècles*, in «Annales E.S.C.», V, 1977, p. 927 e segg.

(10) O. COZZOLINO, *La missione scientifica e sociale del moderno pediatra*, Genova, 1905, pp. 4-5.

di poca o nessuna importanza. Nessuna disposizione tassativa per l'esclusione dei bambini dal contagio, nessun speciale comparto, nessuna Istituzione destinata alla loro cura se si toglie qualche privato Comitato per l'invio dei fanciulli scrofolosi al mare (11). Un bambino accolto all'Ospedale passava in sala comune, per lo più tra i poveri vecchi cronici, ben triste e brutto spettacolo per una città civile e l'assistenza a domicilio era lotta sostenuta dai medici condotti carichi di lavoro e ancor più spesso dalle mammane, cattive consigliere (12).

Nel Friuli austriaco il quadro non è diverso. Nel 1900 fra i 42 medici iscritti alla Camera della Principesca Contea di Gradisca e di Gorizia solamente tre portano il titolo di specialista per le malattie dei bambini (13).

L'atteggiamento medico riprende, medicalizzandoli, i tratti tipici dell'immagine collettiva del bambino: un uomo, basso di statura. E lo studio del bambino malato

> si era limitato alla sola osservazione dei fatti morbosi, senza tener conto nella loro valutazione del terreno così differente fra l'organismo infantile e quello dell'adulto. Solo nel secolo XIX viceversa si iniziano ad attuare metodi preventivi e terapeutici adatti alle malattie infantili (14).

Criteri terapeutici e sociali del pediatra della fine dell'800

In realtà igiene e alimentazione costituiscono i due fondamentali e direi unici campi di lavoro e di indagine dei pediatri, siano essi ricercatori che medici (15). E le indicazioni terapeutiche fornite per le malattie dei bambini si risolvono nella prescrizione di norme igieniche aperte a due livelli: quello sociale (fognature, potabilità dell'acqua, ventilazione degli abitati) e personale (bagni quotidiani, meglio se freddi, dosata alimentazione, allattamento al seno materno e così via). La proposizione igienista si situa nel mezzo: categoria scientifica con variabili volgarizzate nella manualistica popolare, che si propone come strumento di un ordinato sviluppo sociale. L'igiene personale diventa intervento sul proprio corpo, ordinata attenzione alla propria figura biologica che deve separarsi dalla propria storia, dal proprio sociale per aderire a nuovi e salutari modelli di vita. La devianza dall'attenzione all'igiene significa malattia. E poiché i poveri, i bambini, le donne sono costituzionalmente associabili alla malattia e alla morte, maggiore deve essere la loro capacità di autocontrollo.

Per il medico pediatra di fine secolo è in primo luogo l'intervento sull'aspetto costituzionale della malattia che può vanificare l'azione e l'influenza degli imprevisti e non ben conosciuti agenti esogeni (16). Questo l'asse attorno cui ruotano note e conferenze popolari sulla medicina infantile:

> Né havvi legge più rispondente ai tempi di quella igienica, risultante dal progresso continuo della scienza, dall'incremento incessante delle sue applicazioni.
>
> L'igiene moderna non è solo in confronto all'antica applicazione delle nuove scoperte; essa è ben anco lo svolgimento dei nuovi rapporti fra l'igiene individuale e quella sociale, intervenuti nell'adattamento dell'individuo alla collettività e nella vita di questa in relazione all'ambiente esterno. (...) L'igiene mira a conservare in tutti i rapporti della vita la costanza delle condizioni favorevoli alla migliore esplicazione delle attività ed è perciò entrato a far parte di quelle materie (17).

Evitare ogni esagerazione, camminare in mezzo agli estremi: il medico non può far tanto; seguendo la regola igienica invece si riuscirà a prevenire le malattie e a rinvigorire la generazione umana (18). L'allattamento al seno materno è norma igienica: la necessità scientifica (contrastare la morbosità delle gastroenteriti) impone che si ridefiniscano compiti e funzioni materne; l'amore materno, naturale, va stimolato ma soprattutto legittimato da ragioni scientifiche, va reso pubblico nel suo costituirsi norma. Anche il dibattito sull'allattamento artificiale dimostra come discutendo sulle qualità del latte questi medici stiano discutendo innanzitutto sulle qualità dell'amore materno; i criteri dell'alimentazione rinviano direttamente ai criteri di trasmissione dell'amore materno e al grado di cura e di dedizione della madre verso il neonato. Lo stesso vale per i consigli forniti a proposito

(11) G. BERGHINZ, *La medicina infantile a Udine, Resoconto statistico del II biennio 1900-1901*, Udine, 1902, pp. 6 e 72.
(12) Ivi, p. 7.
(13) B.C.G., Rapporto Sanitario pel Comune di Gorizia nell'anno 1900.
(14) P. C. CARACCI, *Appunti per una storia della Medicina in Friuli*, in «Atti dell'Accademia di Udine» Anni 1973-1975, Udine, 1975, n. 106. Il dr. O. Cozzolino sottolinea nella sua dissertazione inaugurale alla Società Italiana di Pediatria «la rilevanza che deve assumere nella conoscenza del pediatra l'acquisizione delle principali differenze anatomiche e fisiologiche che offre l'organismo del bambino da quello dell'adulto», soffermandosi ampiamente sull'inadeguatezza del regime alimentare del poppante. O. COZZOLINO, op. cit., p. 6.
(15) Cfr. G. MINCIOTTI, cit.; G. BERGHINZ, *Dopo sei anni. Note statistiche*, in «Atti dell'Accademia di Udine», anni 1903-1904, Udine, 1904; O. LUZZATTO, *Igiene della persona* e *Igiene dell'abitato, Conferenze popolari tenute ai maestri elementari*, in «Bollettino dell'Associazione Agraria Friulana», IX-X, 1900, Udine, 1901; G. MANZINI, *Igiene, nozioni di anatomia e fisiologia*, Gorizia, Tip. Sociale, 1961.
(16) Sulla teoria dell'origine costituzionale della malattia cfr. O. LUZZATTO, *La medicina in Friuli nella I metà del secolo XIX*, in «Atti dell'Accademia di Udine», anni 1943-1951, Udine, 1953.
(17) O. LUZZATTO, *Intorno ad alcune questioni di assistenza sanitaria*, in «Atti dell'Accademia di Udine» anni 1904-1905, Udine, 1906, pp. 95-96.
(18) V. COSATTINI, *Note d'igiene popolare*, Udine, 1905, pp. 66-68.

della fasciatura del neonato: nei secoli precedenti, ma nei medici di campagna fino alla fine dell'Ottocento, era viva l'opinione che la fasciatura totale potesse assicurare la rettitudine delle membra dell'infante permettendogli di differenziarsi dai piccoli animali. Agli inizi del Novecento essi denunciano il perseverare di questa pratica antica così dannosa e insistono sul comportamento «secondo natura»; invocano la fine di questa innaturale separazione tra madre e neonato e condannano queste madri complici del cattivo sviluppo dei loro figli (19).

Alla fine dell'Ottocento in una fase di oscillante e diversificata ma intensa e progressiva trasformazione del ruolo e dell'immagine del bambino, i pochi pediatri devono lottare strenuamente per un riconoscimento sociale della loro specialità: «un'inspiegabile incomprensione associata ad un indifferentismo assoluto ostacolano il nostro cammino» (20) denuncia un pediatra, riassumendo in uno e le resistenze interne e quelle esterne alla comunità medica. Essi appaiono per lo più degli igienisti, piccoli filantropi e sociologi al tempo stesso. Si sottolinea infatti come l'assistenza all'infanzia

> sia stata promossa dall'intelletto e dall'amore delle classi più colte — direi quasi è stata imposta da queste anziché reclamata dalle altre — e come tale è diventata finora sistematica e perfetta solo tra le genti economicamente più forti e intellettualmente più progredite (21).

I giudizi sulle cause della mortalità infantile

I pediatri intendono distinguersi all'interno dell'orizzonte medico per una loro particolare sensibilità umanitaria ed in questo senso la pediatria più che specialità si manifesta prima di tutto come una corrente di pensiero; è la stessa concezione medica dell'infante povero che concorre a determinare forme e contenuti dell'intervento pediatrico.

Le considerazioni contenute in questi rapporti sanitari sono estremamente significative e rivelano l'atteggiamento dei medici e i loro oscillamenti nei confronti della mortalità infantile.

S'indagarono con insistenza quali fossero le cause che influirono sulla progressiva mortalità nell'era infantile e la si ascrisse alla circostanza, che moltissimi genitori trascuravano di chiamare il medico nella cura dei bambini. Si denunziarono perciò tutti quei genitori alla Competente Autorità Giudiziaria (22).

(19) Cfr., M. F. MOREL, *Le discours medical sur l'enfance aux XVIII siècle*, in «Annales», V, 1977, pp. 1011-1020. Inoltre M. LAGET, *La naissance aux siècles classiques pratique des accouchements et attitudes collectives en France aux XVII et XVIII siècles* in «Annales E.S.C.», V, 1977, p. 958.
(20) MINCIOTTI, cit., p. 82.
(21) BERGHINZ, *La medicina infantile*, cit. p. 1.

Accanto a queste affrettate e nervose terapie, in cui si sottolinea da un lato la centralità della figura del medico e dall'altro la trascuranza dei genitori, trovano posto abbozzi di analisi che possono rivelarsi più convincenti e in parte legati a fasce mediche più sensibili alla incessante mortalità infantile che, nonostante gli avvisi giudiziari, continuava a falciare i bambini. Ne sono un esempio, unico, le riflessioni che il dott. A. Luzzatto abbozza a questo proposito:

> Ed invero stando ai rapporti statistici che vengono compilati da questo ufficio sanitario già da parecchi anni si ha sempre l'occasione di verificare la tuttora enorme mortalità nella classe infantile, la quale anche nell'anno testé decorso ascese alla cifra non indifferente di 284 fanciulli dalla nascita ai 10 anni. Che se ci fermiamo ad indagare le cause che vi possono influire noi non possiamo del tutto ascriverle a quelle che sono generalmente ammesse per la città come cause più frequenti della mortalità dei bambini. Süssmilch ammette che la mortalità frequente nei bambini dipenda: 1) dalla debolezza congenita, 2) da troppi cangiamenti da balia, 3) dalla circostanza che i figli sono illegittimi, 4) dalla negligenza dei genitori. Ed ora volendo analizzare anche cadauna di quelle cause e riferirle alla nostra città, vedremo subito che i punti 2 e 3 cadono, perché il povero non ricorre a balie e quanto a nascite illegittime esse sono poche. Non voglio, né mi credo autorizzato di cancellare dal premesso specchietto anche i punti 1 e 4 perché purtroppo genitori deboli, i quali si danno al matrimonio dopo aver passato una gioventù nell'ozio e nello stravizio vi esisteranno sempre da noi del pari che in ogni altra città, come esisteranno sempre anche i genitori negligenti, ma tutto questo non basta a rendermi ragione della grande mortalità della classe povera (23).

Questo è un raro esempio di lucida intelligenza, una voce critica nel panorama del dibattito medico alla fine dell'Ottocento in questa Contea intorno alla questione infantile. Pur non discostandosi dalle argomentazioni addotte dal Süssmilch, ma mantenendole nella loro scontatezza (genitori viziati e negligenti esisteranno sempre) egli cerca di superarle. Pur conservando nella loro piena autenticità i legami diretti di causalità che intercorrono tra responsabilità materne e dei genitori e la morte dei figli è lo stesso medico che ritorna sullo stato di abbandono dei bambini per invocare il miglioramento delle abitazioni, una migliore dieta alimentare e così via, superando la soglia dell'avviso giudiziario (24). Accanto all'attenzione verso l'igiene personale del

(22) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1876*, Gorizia, 1877, p. 9.
(23) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1880*, Gorizia, 1881, pp. 30-31.
(24) Così il dr. A. Luzzatto continua: «Io non ho avuto né ho certo la pretesa di scrivere un trattato d'igiene sulle abitazioni, ma lo confesso me ne dolgo nell'osservare come di tratto in tratto si facciano delle vittime in causa dell'ignoranza. Chi mi assicura che molti e molti casi di eclampsia dei bambini non sono invece altrettanti casi di asfissia per ossido di carbonio?» B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1880*, Gorizia, 1881, p. 33.

bambino corre parallelamente l'intervento sull'igiene sociale per qualificare la scientificità dell'immagine del pediatra.

La medicalizzazione della povertà necessita infatti di un'immagine di scientificità che impone da un lato un processo di separazione del malato, dell'oggetto da medicalizzare, dai propri valori culturali che sorreggono la sua percezione della vita e della morte e, dall'altro, l'estromissione da questa battaglia di tutte le figure contaminanti associabili a questo universo non scientifico, al fine di garantire l'asetticità del dominio della figura medica. A partire quindi da una necessaria separazione del discorso scientifico il medico pediatra può entrare nel sociale, legittimando come scientifici e proponendoli come connaturati all'idea della vita e della guarigione i propri modelli di rapporto tra madre e figlio. All'interno di questa logica del discorso scientifico si procede in un'assoluta definizione delle competenze mediche; le necessità della scienza vincono sulle leggi di carità. Le denunce alle levatrici sono frequentissime; in particolare di fronte alla continua trasgressione dell'istruzione sulla condotta di queste ultime, contenuta nell'Ordinanza del Ministero dell'Interno del 1881, due nuovi paragrafi vengono ripresi in modo ossessivo, pubblicizzati e citati nei giudizi contro presunti illeciti medici ravvisati nell'esercizio della loro attività:

> La detta istruzione ordina alle levatrici di possedere i necessari strumenti ed attrezzi, ordina loro sotto grave responsabilità di chiamare indilatamente un medico nei casi di minacciante pericolo od irrelogari avvenimenti, sia che si tratti di incinte, di partorienti, o di puerpere o di fanciulli neonati, come pure della morte repentina di una incinta, partoriente e bambino ed è severissimamente proibito alle levatrici di fare ordinazioni mediche presso incinte, partorienti, puerpere o fanciulli e di praticare senza stringente bisogno operazioni che si addicono soltanto all'ostetrica o al medico per infanti. Inoltre la levatrice è in obbligo di comunicare al medico con esattezza e sincerità tutto quello che a lei è noto sul caso in questione, dovrà mettersi a disposizione come assistente finché egli lo desideri, dovrà adempiere coscienziosamente i suoi ordini ed usare in generale verso di lui modi cortesi e modesti (25).

Ma, soltanto dopo qualche anno, nonostante i nuovi ed efficaci poteri coercitivi in mano alla medicina, il Municipio trovò necessario ordinare al visitatore di morti di praticare le più minuziose indagini nei casi di espulsi morti quanto nei casi di infanti, e sotto quali circostanze siano avvenute (26).

(25) B.C.G., *Istruzione riveduta per le levatrici, Ordinanza n. 4,* in Rescritto dell'I.R. Luogotenenza n. 7858/IV.
(26) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1886,* Gorizia, 1887, p. 9.

Pesanti accuse ai genitori

La mortalità continua a falciare i bambini; all'incomprensione tra soggetti e oggetti di conoscenza medica tende a sovrapporsi il dominio della norma scientifica che si irrigidisce sempre più: pesanti accuse di negligenza, ignoranza e noncuranza vengono rivolte ai genitori o, come qualcuno arguisce, essi vengono imputati semplicemente per la loro indifferenza alla morte infantile:

> Per la città di Gorizia si può calcolare che circa un terzo della mortalità complessiva è data dai fanciulli dalla nascita ai cinque anni. Fra le molteplici cause della mortalità infantile, non vi ha dubbio esserci la principale tra noi la debolezza congenita dipendente per lo più dai genitori, che per disordini od infermità ne sono la causa. Va poi annoverato la poca cura che si ha nell'allevamento dei bambini, male dirigendosi o non sapendosi dirigere che poche nelle norme che richiedono l'allevamento e non ultima certo va annoverato fra le cause della mortalità dell'infanzia il malvezzo di affidare le prime cure del bambino ammalato alle levatrici, trascurando così fino all'ultimo istante la chiamata del medico (27).
>
> Trascuranza enorme vi si osserva, è rarissimo il caso che il medico sia chiamato a tempo e seppure chiamato, male o punto vi si eseguono i di lui suggerimenti. Pronta bensì la classe povera della popolazione ad incolpare il medico comunale se una malattia ha un esito infausto, assai più pronta è a trasgredire i suggerimenti del medico ed a prestare piuttosto fede ai consigli di ignoranti donnicciole, che purtroppo non possono in ogni caso venire colpite dal rigore delle leggi (28).

Ma a guardare lo stato dell'ospedalizzazione infantile emergono, immersi nella pratica medica, gli estremi di un comportamento e di un intervento che costituiscono dei punti di osservazione privilegiati per l'analisi delle testimonianze fin qui offerte. Il 4 novembre 1903 compare al medico secondario del Fisicato di Gorizia dott. G. Bramo, A. C. da Podgora per denunciare il trattamento riservatole durante la sua degenza al Civico Ospitale Femminile di Gorizia. Al medico così racconta:

> Io mi trovavo degente al Civico Ospitale Femminile nella Divisione Ostetrica, e sono stata trattata male, perché non mi davano da mangiare e le suore non ottemperavano al dietario prescritto dai medici, né mi assistevano convenientemente, ma mi abbandonarono e mi trovai sola quando venni colpita da uno sbocco di sangue e mi rinchiudevano sola di giorno e anche di notte. Circa tre settimane fa ho condotto all'Ospedale un mio bambino di mesi sei, di nome Antonio, perfettamente sano, perché essendo io inferma non potevo allevarlo; il 25 ottobre si recò mia madre a visitare il bambino che era diventato irriconoscibile per il dimagrimento; ritornata a casa

(27) Ivi, p. 6.
(28) Ivi, p. 12.

e raccontato ciò il lunedì appresso, il 26.10 mi trasferii all'Ospedale e chiesi le dimissioni del mio bambino, che si trovava agli estremi. Tale stato io lo attribuisco al fatto che in Ospedale non davano nutrimento al bambino. Io lo feci visitare dal medico della fabbrica, il quale mi rimproverò d'aver trascurato il bambino, ed io risposi che detto era stato fino al giorno antecedente all'Ospedale di Gorizia. Il mercoledì successivo il 28 ottobre verso la mezzanotte il bambino venne a morire, in seguito al forte dimagrimento soffrendo di vomito e di defecazioni verdognole. Io chiedo risarcimento delle spese di funerale in cor. 30 e del danno causatomi e che sia aperta una inchiesta sul fatto esposto (29).

L'incidente si risolve in breve tempo: il dott. Villat, direttore dell'Ospedale dichiara che «la donna divenne ribelle ed a nessun patto voleva assoggettarsi alla cura» e che «il bambino era affetto di dispepsia e catarro bronchiale e non perfettamente sano»; il 30 novembre dello stesso anno, riconvocata la madre, le si spiega «che il trattamento da lei avuto in Ospitale è *conforme ai dettami della scienza medica* e non poteva né doveva essere altrimenti». Quanto al bambino «assolutamente si deve intendere per vera e giusta la diagnosi pronunciata in Ospitale», diagnosi che s'estrinsecava in «una malattia gravissima dell'infanzia, la quale molte volte è segnata dalla morte». Dopo questi chiarimenti e di fronte ad una ventilata azione giudiziaria per diffamazione «alla presenza del Sig. Podestà, la madre dichiara di essere tratta in errore da persona che non vuole nominare e d'esser convinta che non vi fu trascuratezza né da parte dei medici né da parte delle suore».

Questo è uno dei rari documenti che ci vengono restituiti proprio per la loro funzionalità nei rapporti di potere fra i medici. Infatti tra l'Ufficio del Protofisico Comunale e la Direzione dell'Ospedale Femminile esistevano tensioni e antagonismi (il protofisico infatti aveva dato parere negativo ad uno dei medici dell'Ospedale per la sua nomina di Primario) di carattere personale e professionale soprattutto in riguardo alla drammatica situazione in cui versava lo stesso Ospedale. A. C., così come altri casi, risollevano polemiche, diffide reciproche, minacce, dimissioni e soprattutto rimbalzi di responsabilità. Ma tutti gli operatori sanitari concordano paradossalmente nel giudicare «obbrobriose» le condizioni dell'Istituto. Nella corrispondenza tra Direzione ospedaliera e Ufficio del Fisicato, seguita al caso descritto e a quello di A. D. B. suicida pochi mesi prima in un «accesso di manìa puerperale», da parte dell'Ospedale si afferma che «i medici sanno fare il loro dovere sotto condizioni amministrative ed igieniche talmente cattive che peggiori non si riscontrano in nessun nosocomio della Monarchia». Il dott. A. Luzzatto, protofisico, risponde affermando di avere «l'intimo convincimento che l'Ospitale Civico in mano di quei sanitari è l'obbrobrio della città». E' lo stesso Luzzatto, cui il Podestà chiede di motivare queste sue affermazioni, a ritornare sullo stato dell'Ospedale:

> Se io ho adoperato la parola obbrobrio è per il fatto che la direzione stessa del Civico Ospitale me la ispirò. (...) Parecchie ammalate non vengono operate; gli infanti vengono licenziati in stato peggiore di quello che entrarono nell'Ospedale (...) I casi cronici sono fatti apparire come casi di malattia di mente, il puerperio viene insinuato come precedente la gravidanza; in una parola è un continuo gioco ai dispetti (!). Ed è per questi dispetti che l'Ospedale non gode quella fiducia che dovrebbe ispirare alla popolazione. Gli stessi primari non ne vogliono sapere della divisione infantile, di quella delle malattie infettive e non ne vogliono sapere nemmeno quando vi furono quei gravi casi di difterite infantile. Situazione questa intollerabile quando si tratta di un Istituto il quale viene frequentato soltanto dalla classe povera del popolo già per sé sempre proclive a risguardare ogni Ospedale quale un luogo di tortura (29).

La Direzione tratta a suo modo questo problema e lo risolve individuando in questo pregiudizio popolare un sano freno ad una ospedalizzazione di massa, altrimenti disastrosa per le condizioni logistiche dell'Ospedale.

Le cause della mortalità infantile nel dibattito medico

Stretto da una corale diffidenza e ostilità verso la pratica medica, idealmente, ma non solo, associato all'esercizio di un potere coercitivo che aveva contribuito a perpetuare l'isolamento della sua figura, portatore egli stesso di una concezione tollerante della morte povera, prigioniero e complice dell'inefficacia degli strumenti scientifici e delle tentennanti misure adottate per arginare la morte dei bambini, il pediatra risponde irrigidendo l'analisi, isolandone un elemento: l'indifferenza dei genitori, erigendola a «la più certa e immane causa». La sequenza di queste riflessioni mediche fissa le tappe di questi aggiustamenti del pensiero medico. Le conclusioni cui giunge il dott. Morpurgo, medico Fisico distrettuale, sono estremamente significative:

> In tutti i casi regna una crassa ignoranza ed opinioni erronee sulla cura e l'alimentazione dei bambini. Alle nostre fanciulle s'insegna ogni sorta di disciplina fuorché quella che un dì esse dovrebbero assolutamente conoscere nel loro ufficio di madri. Allorquando la giovane sposa ha da esercitare i doveri materni essa è abbandonata alla sapienza della nonna ed ai consigli di qualche donnicciola, ed il neonato diviene l'oggetto d'esperimen-

(29) Archivio di Stato di Gorizia, Fondo Archivio Comunale di Gorizia, Fascicolo 1653, busta: *Verbali della Commissione d'Inchiesta sull'Ospitale Civico e atti allegati.*

to di tradizionali cosidetti rimedi domestici e dei sciroppi talvolta inutili, ma ben spesso dannosi. Se ciò non basta si ricorre al Tribunale supremo: alla comare. Questa delittuosamente nascondendo la sua ignoranza in fatto di cura dei bambini, continua l'opera iniziata, aggiunge dei rimedi «infallibili» e lascia in tal modo trascorrere un tempo prezioso, nel quale la malattia progredisce e alla fine? La Morte (30).

Quello che mi interessa sottolineare è da un lato l'unilaterale causa addotta nell'analisi della morte dei bambini: questa catena femminile, madre, nonna, comare che avvolge il neonato o meglio l'intera sfera domestica della medicina, elargendo consigli e fornendo rimedi per una vita, la cui rilevanza è direttamente legata al ruolo che essa riveste nell'organizzazione produttiva della famiglia, specie se contadina. Non solo quindi queste evidenti colpevolizzazioni delle donne responsabili delle morti infantili: quelle dovute a malattie gastrointestinali in quanto l'allattamento se naturale non segue regole precise e se artificiale non risponde a criteri dietetici scientifici e comunque perché vi è la cattiva abitudine di svezzare i bambini durante la stagione estiva; quelle dovute a debolezza congenita, poiché da un lato questioni ereditarie — esser figli di poveri — dall'altro una vita passata tra la miseria e l'alcool rendono i genitori, e in particolare la madre, inetti alla riproduzione; quelle dovute ad «eclampsia» in quanto quest'ultima è strettamente legata ai disturbi gastrici: il cerchio della colpa si chiude, salvo che per le morti da malattie epidemiche, sottaciute in queste analisi. Ma è da rilevare inoltre il carattere di funzionalità di questo impianto teorico: il nesso di causalità biologica instaurato fra responsabilità ereditarie e sociali della madre e la morte dei figli, una concezione della malattia come sanzione di una colpa, in questo caso della madre, che permette alla classe medica di uscirne incontaminata.

All'interno del dibattito medico ciò che rimane da sottolineare è un'atavica ripugnanza della classe povera a servirsi della medicina, che nasce dall'ignoranza e dall'indifferenza verso la morte dei figli. Il prestigio scientifico del medico nonostante le evidenti deficienze della sua azione nel risolvere questa scottante questione continua a poggiare all'interno del suo gruppo, sull'opposizione e la separatezza (31).

(30) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1898*, Gorizia, 1899, p. 34.

(31) La pediatria sembra seguire le sorti dell'ostetricia: le responsabilità materne fungono da anello di congiunzione tra queste due specialità e la ricomposizione del legame madre-figlio è un obiettivo perseguito da entrambe. Interessante inoltre la dinamica che si sviluppa nel campo dell'ostetricia tra figure scientifiche e praticanti levatrici. A questo proposito cfr. G. POMATA, *Madri illegittime tra Ottocento e Novecento: storie cliniche e storie di vita*, in «Quaderni storici», 44, 1980, pp. 497-542 e GÉLIS, cit., pp. 948 e segg.

Del resto le indicazioni terapeutiche fornite sono inconsistenti e si risolvono nelle proposizioni igieniste con evidenti contraddizioni: se da un lato la mortalità infantile andava ricercata nella deficienza economica, igienica e soprattutto nella trascuratezza dei genitori, d'altro canto la separazione dell'infante dalla famiglia indigente veniva rifiutata con decisione:

> Praticamente avremo bisogno assoluto di un Istituto che dirigesse, confortasse, aiutasse con criteri moderni l'allattamento dei legittimi al seno materno e al poppatoio, lasciandoli alle loro madri, non sottraendoli alle loro cure, non disinteressando la famiglia del figlioletto. Tratteggiata così l'Istituzione che sarà anche tra noi, come lo è altrove, il focolaio vero del rinnovamento igienico delle classi povere, la vera scuola delle madri, scuola pratica, scuola di ogni giorno saviamente volgarizzante i dettami della scienza e potremo così aiutare, nutrire, allevare il neonato, lasciandolo alla madre o alla famiglia (32).

E' in gioco, come si è già visto, la necessità di un diverso modello di amore materno, che imprigioni la madre, occupata in altre attività, alle proprie funzioni, definite e legittimate da norme igieniche. La salute dei figli è proporzionale alla dose di amore materno ricevuto; la madre in questo senso assolve anche ad una funzione sociale (33).

Ci troviamo di fronte ad un discorso medico stereotipato e, soprattutto, ad una drammatica incomprensione tra due logiche che muovono da necessità profondamente diverse: come vedremo, del concetto di naturalità della morte dei bambini poveri sono prigionieri in qualche misura sia i medici sia i contadini. L'indifferenza dei genitori è, nelle forme che si descriveranno, un dato presente; l'amore materno assume connotati diversi nelle contadine e nelle mogli dei medici.

Benché l'interpretazione addotta alla morte dei bambini poveri contenga nei medici e nei contadini questo elemento comune della naturalità, esso ricopre valenze diverse. Far appello alla natura significa sottolineare l'ineluttabilità di un fenomeno, lettura, questa, che in qualche misura coincide sia nel medico che

(32) BERGHINZ, *Per coloro cui Morte*, cit., pp. 1-2.

(33) A questo proposito il dr. G. Cesare afferma: «Abbiamo cominciato colle donne del popolo, che il bisogno del pane ha già costretto da tempo a disertare la casa per il laboratorio sonante, per gli stabilimenti industriali. Le faccende domestiche sono divenute per esse un'occupazione secondaria e la società, vigile e benefica madre di tutti, deve provvedere ai piccoli figli, futuri compagni di spose destinate anche esse a vedersi decimati i loro doveri di madre e moltiplicati i diritti di donne». G. CESARE, *La missione della donna nella società moderna*, Udine, 1908. pp. 9-10. Cfr. su questo problema POMATA, *In scienza*, cit. pp. 93-95; I. PINCHBECK and M. HEWITT, *Children in English Society*, London, Routletge & P. Kegan, 1973, II, *(From the Eighteenth Century to the Children Act 1948)*, pp. 349 e segg.; inoltre le testimonianze riportate in DELLA PERUTA, *Infanzia*, cit.

nel contadino. Ma un primo livello di distinzione va individuato proprio nel concetto di natura che nei contadini presenta spiccati riferimenti alla materialità della vita, associata alla terra, agli animali, alle vicende di adattamento all'ambiente che ogni esistenza deve affrontare e risolvere. Permane quindi l'ineluttabilità del processo, ma varia il riferimento cosmogonico. Un secondo livello di distinzione va riferito alla percezione che questi due gruppi hanno del concetto di ineluttabilità. Mentre quest'ultimo è un elemento strutturale della percezione contadina, nel medico di fine Ottocento di questa Contea esso stride con le nuove concezioni mediche della vita e della morte. Viene negato in quanto incompatibile con la loro figura in nome della scienza, ma riaffiora nelle stesse valutazioni scientifiche come si potrà notare a proposito della «debolezza costituzionale». La colpevolizzazione della madre risponde anche a queste necessità. L'avvicinamento tra medicina e popolazione, proprio in nome di quell'indifferenza verso la morte del bambino, di cui non sono immuni nemmeno i medici, non può realizzarsi semplicemente con una vittoria sulla morte infantile: l'atteggiamento verso quest'ultima si rivela come elemento costitutivo di una concezione della vita e della morte che un'astratta necessità della «salute» non può scalfire. Ciò che rimane è da un lato una reale ostilità verso la manipolazione medica in genere e dall'altro l'impasse medico ad intervenire su un fenomeno, spiegato e risolto attraverso l'eredità biologica e la trascuranza della malattia.

L'era della sieroterapia

Nel settembre del 1894 inizia l'era della sieroterapia. Il problema è quello di contrastare le gravi epidemie di difterite e ai medici viene offerta un'«occasione propizia per dimostrare le loro capacità», per allentare in definitiva la cortina d'isolamento che li ricaccia nella loro scientificità. La difterite, come altre forme morbose epidemiche che colpiscono l'infanzia povera in questi anni, rappresenta il contagio, l'imprevisto, e, in una società che s'intende prefigurare scientificamente nel suo sviluppo armonico, costituisce un fattore d'incompatibilità. Deve essere debellata per dare legittimazione ad un concetto di salute legato a responsabilità individuali, rispetto al quale forme epidemiche che colpiscono anche le vite igieniche, salutari e laboriose, risulterebbero «anormali». Di fronte ad un bambino difterico l'amore materno potrà alleviarne le sofferenze ma non prevenirne il contagio e assicurarne la guarigione, compito tutto interno alla figura scientifica. Ma i risultati della terapia adottata con l'uso del siero di Behring nella lotta contro la difterite, molto «contraddittori», segnano da un lato una recrudescenza dell'ostilità verso la manipolazione medica, mentre la classe medica si divide in questo dibattito accompagnato da incomprensibili deduzioni e intempestivi giubili di vittoria sul morbo, seguiti da un generale silenzio contraddistinto, solo alla fine della recrudescenza del morbo, da imbarazzanti e parziali autocritiche (34). Nell'epoca che precede la sieroterapia le statistiche mediche intendono mostrare che di fronte all'esiguo numero di insinuati difterici, grande è invece il numero di essi che muoiono. Nel Comune di Gorizia la mortalità sugli insinuati raggiunge nel 1882 uno sconfortante 52%; nell'epoca della sieroterapia si deduce, leggendo le statistiche, che nonostante il numero dei difterici sia aumentato considerevolmente, la percentuale dei morti si riduca decisamente (35). Similmente a Trieste, nei diciotto anni anteriori al 1894 la percentuale di mortalità sugli insinuati oscilla tra il 46% e il 71%, mentre negli anni successivi essa raggiunge il 18% (36).

Ma a guardare oltre alle statistiche, alle percentuali e ai diagrammi che ci parlano della sconfitta del morbo, si ritrovano paradossalmente le basi reali dell'atteggiamento di paura e di opposizione che deve raggiungere punti molto alti se ancora nel 1904, a proposito della vaccinazione antivaiolosa, la memoria delle antidifteriche agisce strenuamente e il medico si trova a deplorare

> anche quest'anno la renitenza della popolazione in generale di non saperne o non volere saperne e approfittare in maggior numero di tale benefica misura sanitaria. Il numero dei vaccinati è troppo meschino e se io considero la fatica e la perdita di tempo che mi procura quel piccolissimo numero di vaccinandi prima di radunarlo ed a cui va aggiunta la mezzora

(34) Cfr. B.C.G., *Rapporti Sanitari*, per gli anni 1896-1905; G. BERGHINZ, *Che cosa ha detto Behring*, in «Giornale di Udine», 20.3.1903, G. BERGHINZ, *Compendio di pediatria*, Bologna, 1928, pp. 434; Società Protettrice dell'Infanzia di Udine, *Provvedimenti per l'infanzia ammalata e pei lattanti*, Udine, 1911; D. BARDUZZI, *Manuale di Storia della Medicina*, Torino, 1923, pp. 284; G. BERGHINZ, *Paralisi postdifteriche e sieroterapia*, in «Rivista Clinica Pediatrica», Padova, 1922; G. BIDOLI, *200 difterici trattati con la sieroterapia*, in «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche», III, 1898, Padova: G. CESARE, *Sulla infida azione del siero antidifterico*, in «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche», cit.

(35) Esso si riduce al 34% nel 1894, al 20% nel 1895, al 16% nel 1896. B.C.G., *Rapporto Saniiario pel anno 1898*, Gorizia, 1899.

(36) Ibid.

di discorso persuasivo sulle necessità della vaccinazione, è naturale che mi debba dichiarare fautore della vaccinazione obbligatoria (37).

E sono le stesse statistiche mediche che, se lette in altro modo, ci documentano sulla persistenza del morbo e non certo sulla sua sconfitta. I casi di difterite insinuati dai medici prima del 1894 rappresentano infatti solamente i casi di natura grave, in quanto l'insinuazione tornava «molesta» ai medici ed essi si limitavano a denunciare quei casi in cui si prevedeva con molta probabilità l'esito letale. Questo per non incorrere nelle contravvenzioni previste per il medico che avesse mancato di effettuare l'insinuazione nel caso che l'infermo fosse morto:

> quanto sia vero che noi medici siamo troppo trascuranti in fatto di insinuazioni lo prova in modo troppo eloquente l'anno 1880. In esso vediamo infatti registrati otto casi di insinuati e dodici di morte (per difterite) (38).

Questa trascuranza, come viene definita, non trova soltanto ragione nella limitata penetrazione del medico tra la popolazione, in particolare tra quella dei villaggi contadini, ma anche nella profonda sfiducia riguardo le potenzialità e l'efficacia dei rimedi. Un maggior numero di insinuazioni prima della sieroterapia presupponevano da un lato un immediato riconoscimento del morbo nel suo manifestarsi sotterraneo e dall'altro la consapevolezza di poter arginare questa piaga. Ed infatti con la comparsa del siero di Behring il numero delle insinuazioni subisce un'enorme lievitazione (39): «una specie di frenesia invade il medico, ciascuno

(37) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1901*, Gorizia, 1902. L'estraneità alla vaccinazione è motivata da una reale paura dei suoi effetti; analogo atteggiamento lo si ebbe nella campagna antiamalarica del 1907 nella Bassa Friulana, come descrive questa testimonianza: «Nella campagna del 1906 il medico provinciale aveva rilevato che una intera categoria di persone, quella cioè dei *piccoli* proprietari, faceva col chinino cure assolutamente incomplete ed inefficaci. Di fatti mentre i poveri (che viceversa lo ricevevano dalle Congregazioni di Carità, dai Comuni o dai loro proprietari N.d.A.) lo avevano per legge, i piccoli proprietari invece, dovendosi provvedere il chinino di per se soli non volevano affatto saperne di cure preventive e poi riguardo alle cure radicali dei veri febbricitanti le facevano del tutto incomplete, perché si sospendevano col cessar della febbre (...) I malati nel 1906 cui furono distribuiti il chinino furono scarsissimi (...) i poveri difatti mal sapevano adattarsi a spendere pel chinino senza aver febbre, tanto più che per effetto dei pregiudizi temevano da questo chissà quale effetto! (...) Le cure preventive poi, una volta adottate senza difficoltà dai piccoli proprietari, furono per imitazione adottate spontaneamente dai coloni e da tutti gli altri» S. BORTOLOTTI, *La campagna antimalarica del 1907 nel Basso Friuli, L'opera del Comitato Antimalarico Friulano*, Udine 1905, pp. 3-5.

(38) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1898*, Gorizia 1899.

(39) Afferma il dr. Pontoni che le statistiche della mortalità possono essere facilmente mal interpretate: vi figurano infatti casi di guarigione dalla difterite là dove poi gli stessi pazienti muoiono per collasso o conseguenze dovute all'iniezione del siero. Il dr. Luzzatto conferma quanto «le statistiche degli Ospitali abbiano relativo valore. Nel reparto Ospedaliero vediamo un difterico trattato col siero e dimesso guarito. Il poveretto invece dorme il sonno dei giusti. Qualche giorno dopo aver lasciato l'Ospedale viene freddato da una paralisi cardiaca post-difterica». B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1900*, Gorizia, 1901.

sta all'erta ed agogna l'occasione per poter de visu ammirare il portentoso effetto. L'occasione non si fa attendere perché Behring incoraggia col sostenere che il siero è innocuo e prima che vi si injetta tanto più sicura riesce la guarigione. Bambino con gola arrossata; essudazione alla tonsilla della grandezza di una capocchia d'ago; un po' di febbre; si riscontrano bacilli. Terapia: injezione di Behring. Con questo sistema ingrossarono le fila dei difterici, il cui numero salì nel 1896 e 1897 a cifra ancora mai vista, e sì che si trattava di anni normali perché a nessuno poteva passare per la mente di stigmatizzare quegli anni quale epoca di epidemie difteriche» (40).

Ma i tempi delle riflessioni autocritiche e del dibattito fra oppositori e sostenitori non sono certo quelli delle vittime di questo morbo: solo dopo alcuni anni si darà ragione dell'opposizione delle madri negligenti, con pavide ma autorevoli autocritiche, non tanto sull'efficacia, ma in primo luogo sui nefasti effetti del siero, e la letteratura medica dei primi anni del Novecento è piena di interessanti riferimenti a questo proposito. Vale la pena riportare un caso tra quelli descritti dal dott. Pontoni, Primario dell'Ospedale Civico e della divisione infantile di Gorizia, nel momento in cui acquistano consistenza i dubbi sulle conseguenze della sieroterapia anche perché ci testimoniano uno dopo l'altro, della lucida ripugnanza che i genitori manifestano nei riguardi di questa terapia:

> Un bambino trovavasi in campagna; per un caso di difterite avveratasi nel villaggio il medico del luogo trovò opportuno di assoggettare il bambino di mia conoscenza ad una injezione preventiva col siero di Behring. Poche ore dopo praticata la injezione mi viene dato di vedere il bambino che contava cinque anni. Lo trovai alquanto abbattuto e niente altro. Più tardi però si resero manifeste delle turbe nervose ed il ragazzino che prima della injezione era sano, vispo e fiero divenne floscio, cadente, svogliato. I genitori ne erano in viva apprensione. Cinque mesi ci vollero perché il bambino ridivenisse normale. Mesi orsono nella stessa famiglia viene il seguente caso: la sorellina del già citato, una bambina di sette mesi si ammala di croup. In breve volger di tempo lo stato si fa addirittura gravissimo. Dopo l'avvenuto i genitori nutrono per il siero un sacro orrore. Prego un collega di venire a consulto. Il collega è entusiasta pel siero. Quale il mio stupore quando venuti alla terapia il collega neppur menziona siero: tiene e giustamente il caso talmente grave che non voleva compromettere il rimedio suo prediletto. Dieci ore dopo il consulto subentra un notevole miglioramento e quattro giorni dopo la guarigione era completa. Questo caso è di impor-

(40) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1898*, Gorizia, 1899.

tanza eccezionale: se avessimo injettato quale trionfo sarebbe stato registrato a lode del siero! (41).

La morte del bambino povero nelle statistiche mediche e nei registri parrocchiali

Quella disposizione mentale all'indifferenza verso la morte del bambino che viene imputata con frenetica riprovazione ai genitori, quell'ostinata negligenza di cui sono incolpate madri e comari, rese complici della morte dei figli, sono sentimenti che in forme diverse permeano l'intero corpo sociale. Alla fine dell'Ottocento in sostanza all'interno del gruppo dei medici di questa Contea sembrano coesistere due atteggiamenti: un sentimento contraddittorio, ma in fondo di tolleranza verso la morte dei bambini poveri cui si sovrappone una nuova attenzione verso le morti epidemiche. Inoltre la morte di un bambino povero è una morte di qualcosa che si considera comunque esposto ad essere eliminato, anche se ritroviamo i segni di una nuova consapevolezza: il fanciullo è anche una fonte di ricchezza futura da proteggere.

L'attenzione nuova verso le epidemie morbose è essa stessa un elemento di quella nuova sfera del pensiero medico che è scientifico e culturale insieme: dopo un innegabile regresso avvenuto con la negazione della contagiosità della tisi, la medicina di fine Ottocento si rivela attraverso le dimostrazioni sperimentali del mondo microbico. Ma anche accanto a questo nuovo atteggiamento possono essere ritrovate quelle permanenze di una vecchia tolleranza che testimoniano, alla fine del secolo, una compresenza di atteggiamenti nel medico, compressa e incalzata

(41) Mi sembra particolarmente importante segnalare l'esistenza di questi esempi di descrizione individuale del manifestarsi della malattia, se si pensa che alla fine dell'Ottocento, assistiamo al trionfo del laboratorio sulla diagnosi costruita attraverso l'anamnesi e la storia del malato. La nascita su basi nuove della microbiologia investe la Clinica e si sovrappone al metodo diagnostico dell'osservazione diretta sul malato, accusato di empirismo. Rilievi in questo senso vengono mossi anche all'interno degli stessi medici; in occasione dell'epidemia di influenza avvenuta nel biennio 1899-1900, che fu particolarmente grave fra vecchi e bambini per conseguenti implicazioni pneumoniche, cardiache e nervose, il dr. P. Pennato denuncia il carattere sistematico della terapia medica: «In medicina il concetto sistematico che è appunto la trascuranza, la negazione di quelle modificazioni individuali del presentarsi dei morbi, di quelle individuali esigenze terapeutiche è condannato, ha fatto il suo tempo e nessuno di noi, quando gli capita l'occasione, si trattiene dallo spezzare una lancia contro quella dottrina già rovinata. Eppure quanto facile è che senza accorgercene, noi stessi tendiamo ad essere terapeutisti e sistematici! Poiché è cosa molto comoda far corrispondere ad un dato gruppo di sintomi sistematicamente un dato gruppo di rimedi» P. PENNATO, *Osservazioni e considerazioni sull'epidemia di influenza*, in «Atti dell'Accademia di Udine», anni 1880-1893, p. 92.

da nuove esigenze di stampo scientifico. Rivelatori sono a questo proposito i criteri adottati dai medici nella compilazione delle statistiche della mortalità infantile. Innanzitutto solo nei primi decenni del Novecento il numero degli espulsi morti viene computato nella somma complessiva degli infanti morti. Gli espulsi morti non entrano nella mortalità infantile e nonostante il forte carattere di ambiguità che riveste il caso dell'espulso morto, diagnosticato tale solo dalla levatrice, solo nel 1895 una circolare ordina indagini più minuziose su queste morti, finora lasciate ai margini dell'esplorazione medica (42). Inoltre l'analisi del linguaggio medico, in cui si colgono alcune peculiarità costanti, permette di ipotizzare una contraddittoria compenetrazione tra elemento scientifico e culturale.

Chi abbia almeno una volta gettato lo sguardo su un registro parrocchiale di campagna e su una statistica medica dell'Ottocento, avrà potuto notare come la «causa mortis» più ricorrente fra i bambini sia la «debolezza costituzionale» o «congenita». Ma questa immediata trasposizione e omogeneità nei codici di linguaggio non va spiegata semplicemente col fatto che le seconde — le statistiche mediche — venivano realizzate in parte in base ai dati desunti dai registri dei parroci. Non è una questione di assenza di proprietà nel linguaggio medico: bensì il segno del perpetuarsi di una diagnosi di morte che appaga in uno e le esigenze burocratiche del parroco e quelle scientifiche del medico. In effetti alla fine del secolo scorso si svolge un serrato dibattito tra i medici sulla validità di questo termine che conduce alla emanazione di una circolare del Ministero dell'Interno su questo problema nel 1895.

Già nel 1877 il dott. A. Luzzatto osservando l'incidenza della debolezza congenita fra le varie cause di morte fino ad un anno di età, la commenta così:

> Non ammetto che le due rubriche dei morti classificati con debolezza congenita ed eclampsia infantile siano in ogni singolo caso basate su d'una diagnosi precisa e non appuntabile, e ciò per la circostanza che quei casi di morte avvennero spesso nella prima settimana o nei primi giorni di vita e non furono sottoposti ad una ripetuta medica osservazione durante la vita, lacchè sarebbe stato l'unico mezzo per rilevare la vera causa di morte (43).

Inoltre perché quest'uso frequentissimo del termine debolezza congenita? Da un lato questa accentuazione della individuale e costituzionale disposizione ad ammalarsi rientra nella tradizione browniana della malattia che riscosse particolare successo nella

(42) B.C.G., *Ordinanza del Ministero dell'Interno*, 17.4.1895, ad. 18692/94.
(43) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1877*, Gorizia, 1878.

classe medica friulana ed anche in quella del Friuli austriaco. Il Rasori, suo principale divulgatore interpreta infatti lo stato patologico come un'autoctona modificazione dello stato organico e parla di una costituzione anormale, morbosa, di una forma particolarmente diffusa della disposizione generica ad ammalarsi (44). Dall'altro la ricorrenza del termine introduce il principio dell'ereditarietà di alcune particolari costituzioni, quella povera e infantile in particolare, riconducendo e associando la morte dei figli alle responsabilità delle madri. Il problema viene risolto così:

Mi conviene osservare, a detta dell'istruzione, che nella rubrica «debolezza congenita» dei bambini, non vengano più registrati che i casi di morte avvenuti in seguito ad immaturità o difetti fisici e che tutti gli altri casi di morte dei bambini verificatisi nel primo anno di vita e pei quali non esiste nella tabella una speciale rubrica di malattia vengano figurati al N. 22 cioè nelle «altre cause di morte naturale» (45).

Il cav. Co. Antonino di Prampero nel 1896 nel suo studio «Sopra la legge di mortalità nel Comune di Udine» ci propone un diverso punto di vista, da amministratore, sulle nefaste conseguenze della mortalità infantile, che oggi potremo leggere con ironia, ma che costituisce una delle posizioni più esplicite, frutto di una concezione indissolubilmente legata ad un sistema di organizzazione del profitto, che porta a privilegiare l'aspetto della resa sociale della vita di un infante piuttosto che una necessità astratta della salute. La sua preoccupazione è la seguente:

Abbiamo detto che le morti lasciano un debito insoluto, il cui aggravio pesa sulla società. Ora facciamo un po' di conti per vedere quanto costarono i 5.956 fanciulli inferiori ai 15 anni che morirono nell'ultimo tredicennio, questi disgraziati che possono considerarsi come altrettanti amici forestieri che, senza fortuna senza industria sono venuti a prender parte al consumo e che si ritirarono poscia senza lasciare del loro passaggio altre tracce fuorchè tristi addii e eterni cordogli. Il comune di Udine ha speso infruttuosamente nientemeno che sei milioni di lire (46).

Indiscutibilmente emerge da queste poche righe il problema dell'investimento: per la famiglia contadina investire in un figlio costituisce una perdita nel presente e un rischio nel futuro; per il pediatra e l'amministratore l'investimento nell'assistenza all'infanzia deve essere indissolubilmente legato allo sviluppo del profitto:

(44) Il dr. O. Luzzatto così afferma: «Per noi il quadro patologico polarizza la ricerca del rapporto di causa o movente ed indotta modificazione; allora la si interpretava espressione quasi di epifenomeni che si aggiungono — se proprio non vanno a complicarsi — ad un quid astratto, turba che aspetta di organizzarsi e assumere figurazioni» O. LUZZATTO, *La Medicina in Friuli*, cit., pp. 328-330.
(45) B.C.G., *Rapporto Sanitario pel anno 1895*, Gorizia, 1896.
(46) A. di PRAMPERO, *Studi sopra le leggi di mortalità nel Comune di Udine*, in «Atti dell'Accademia di Udine» anni 1867-1868, Udine, 1870, pp. 97-98.

Lasciamo pur da parte il sentimento del cuore e consideriamo la questione dal punto di vista della utilità sociale, del florido avvenire della razza, della nazione. Non si calcola oggi a moneta sonante il valore della vita di un uomo? (...) e noi dobbiamo ben considerare che ogni bambino che ammala o che muore rappresenta una perdita di capitale per la spesa della malattia e di assistenza, per quanto si è speso ad allevarlo e per la perdita di quanto avrebbe reso se fatto adulto. Ed ogni bambino che verrà su malaticcio, gracile nel corpo, degenerato nel sentimento e nel volere, rappresenterà un lavoratore in meno, che debole nella lotta maledirà ai più forti, sarà un parassita, un passivo sociale, per quella società che non seppe o non volle curarlo da bambino e che sarà costretta dalla legge fatale della sopravvivenza del debole a provvederlo di cibo, di custodia, di ospedale ed anche di luoghi di pena per tutta la vita (47).

E' il più autorevole pediatra del Friuli, il dott. G. Berghinz, a pronunciare queste lucide parole (48).

Il bambino in una comunità della Bassa friulana

Indifferenza e trascuranza verso la morte infantile sono dunque gli atteggiamenti che vengono imputati ai genitori, in particolare a quelli poveri; ma quali sono gli elementi costitutivi del sentimento verso i bambini, quali le spiegazioni, quali le motivazioni che sottendono a questa popolare concezione della vita e della morte del bambino?

In una ricerca condotta in una comunità della Bassa Friulana, che fino al 1918 fece parte della Principesca Contea di Gradisca e di Gorizia, ho cercato di ricostruire attraverso le testimonianze orali da un lato le condizioni di vita dell'infante a cavallo del primo Novecento, ma soprattutto ho raccolto le riflessioni dei genitori sulla propria infanzia e su quella dei propri figli. Mi sembra importante premettere alcune brevi considerazioni sui percorsi battuti dalla memoria nell'organizzare il ricordo dell'infanzia perché indicativi a loro volta della rilevanza di quest'ultima nell'intero arco della vita.

Nel corso della prima raccolta di biografie la censura nel racconto della propria vita del periodo dell'infanzia è stata una caratteristica comune a tutte le interviste, sia a quelle femminili

(47) Società Protettrice dell'Infanzia, cit., pp. 5-6.
(48) Un altro interrogativo sulle implicazioni economiche e demografiche del discorso medico ci deriva dall'osservare le dimensioni e la qualità dell'intervento sul bambino, come lo si è descritto, in relazione alla assoluta mancanza, almeno in queste fonti, di qualsiasi considerazione medico-sociale sulla mortalità che colpisce la fascia di età compresa tra i quaranta e i sessanta anni che, nella stessa area presa in esame, raggiunge valori quasi analoghi a quella infantile. La diversità sta tutta racchiusa nella potenzialità sociale delle diverse vite.

che a quelle maschili. La trascuratezza avvertita nel trattare la morte dei bambini poveri, che prende forma nel medico quando parla della debolezza costituzionale e della cattiva predisposizione materna, nei contadini si presenta sotto forma di distrazione verso la propria vita nell'infanzia, che si percepisce come un periodo trascurabile della propria esistenza. Attraverso questi ricordi vorrei mostrare questa comune sottovalutazione dei primi anni di vita, irrilevanti per la propria storia. Si tratta di un sentimento e non di un'assenza, anche se di segno diverso dalla moderna concezione del bambino, che modella un complesso sistema di comportamento nei suoi confronti.

La diversità delle situazioni in cui veniva condotta l'intervista non era determinante: le variabili ambientali che forniscono una chiave di lettura per «illogici» salti, censure, contraddizioni presenti nella struttura narrativa dell'intervista non determinavano questa comune dimenticanza (49).

L'assenza nelle biografie del ricordo del periodo dell'infanzia, propria e di quella dei propri figli, travalica le variabili ambientali; essa è riconducibile da un lato al grado di rilevanza che per gli intervistati assume questa fase di vita e dall'altro all'interazione di questo elemento con le presunte necessità di ricostruzione storica che, in quel momento, la presenza dell'intervistatore impone. In generale si nota nella biografia un intreccio molto ricco tra a) il sistema di valori proprio dell'intervistato, con le trasformazioni e sovrapposizioni di punti diversi di riferimento culturali, non necessariamente collocabili nelle fasi di vita, di cui si sta narrando; b) le necessità di una dignitosa ricostruzione storica cui gli intervistati presuppongono di dover rispondere, attivando un'ulteriore selezione nel ricordo e operando in questo modo un'evidente distorsione delle loro gerarchie di rilevanza; c) le variabili umane e sociali delle persone con cui stanno comunicando. L'intersecarsi di queste diverse esigenze determina un prodotto culturale in cui è rintracciabile una singolare commistione tra necessità proprie e indotte, tra ricordi funzionali e scivolamenti non contestuali, tra controllo e abbandono.

Ciò che va ricordato è inoltre il carattere di funzionalità che permea la biografia, determinandone anche l'andamento della struttura narrativa. Nel racconto sono infatti distinguibili almeno due livelli di comunicazione: quello esplicito legato all'evolversi fattuale

(49) Un buon rapporto dell'intervistato con il luogo in cui si svolge l'intervista — le pareti domestiche, il campo, il bar o il circolo ricreativo — può costituire infatti uno strumento di mediazione in quell'intreccio di aspettative reciproche che l'intervista suscita, tale da permettere alla persona che narra di esercitare, anche se con oscillazioni, un buon grado di controllo sull'oggetto del narrare.

della storia e uno nascosto, costituito da una sequenza di messaggi che anch'essi si situano nel mezzo, tra controllo sull'orientamento del parlare e vuoti di intenzionalità. Molte volte ciò che il linguaggio copre, emerge con forza e diviene ad un'analisi più attenta ai codici e alle forme della comunicazione, l'elemento centrale, il fondamentale obiettivo della comunicazione.

Ritornando all'infanzia, essa costituisce una di quelle significative amputazioni del ricordo della propria storia: si reputa qualitativamente inferiore la narrazione di questa fase di vita a quella sul matrimonio, sull'organizzazione del lavoro, sui rapporti di lavoro, sulle tecniche e gli strumenti usati, in nome di presunte necessità storiche dell'intervistatore. Si privilegiano i racconti cui può essere conferito un apprezzabile grado di dignità storica:

> Mi son sola per esempio, ma come go de cominciar a contarghe la mia vita... eh che la senti, mi la mia vita ghe la go contada, ma fra de noi altre, la vita se la vedi, se la prova; se la senti sensa racontarla.. ela la vien de mi, mi vado de ela, se vien a conoscer cussì per le case... mi voria contarghe tante robe ma no so a lei cossa che ghe pol andarghe ben, no so che robe che la vol saver... voi che studiè... cossa la vol saver... guere, governi... chi che comandava, quel ghe interessa? (50).

Ma, vorrei sottolinearlo, non si tratta di selezioni soltanto riducibili ai condizionamenti esterni. La propria biografia appare un'inestricabile viluppo di necessità esterne e fattori per così dire interni: la propria e originale storia, il codice culturale di ogni intervistato. Accentuazioni, dimenticanze, silenzi sono elementi strutturali di questa sotterranea griglia della biografia, in cui la memorizzazione integrale, parola per parola, viene di rado offerta in quanto ritenuta meno utile e meno apprezzabile di quanto non sia un'«evocazione inesatta» (51).

Alcuni studi recenti di storia orale hanno mostrato come le biografie presentino una spiccata riduzione al quotidiano di fatti e avvenimenti storici ed una accentuata estraneità al dispiegarsi

(50) Int. N. 1-A. Queste sigle che compaiono nelle note corrispondono alla numerazione con cui sono state catalogate tutte le interviste. Nella trascrizione delle biografie i criteri linguistici adottati sono stati estremamente empirici. Quei suoni che compaiono anche nella lingua italiana sono stati espressi attraverso i loro stessi segni. Nel caso in cui si è ritrovato un uso particolare della S sonora, questa è stata espressa con il segno: z. Es.: faseva (faceva) = fazeva; sà (già) = zà.
Vorrei sottolineare che il dialetto usato dagli intervistati è in sostanza una soluzione legata alla particolarità della comunicazione. Non mancano del resto interviste rilasciate completamente in friulano o a spezzoni, tra il friulano e questo dialetto veneto.

(51) Cfr. J. R. GOODJ, *Mèmoire et apprentissage dans le sociètès avec et sans ècriture: La transmission du Bagre*, cit. in J. LE GOFF, *MEMORIA*, in «Enciclopedia Einaudi», Torino, 1979, VIII, p. 1072.

della Storia, esemplificando come questa distanza venga filtrata attraverso riferimenti al quotidiano. Ma, come si può notare a proposito dell'infanzia, lo stesso quotidiano, la propria storia personale sono vittime di tagli e di vuoti significativi: avviene infatti un'ulteriore selezione del ricordo, al di qua della dicotomia fra pubblico e quotidiano e che riguarda direttamente la sfera della ricostruzione di quest'ultimo (52).

Nelle prime biografie «libere» raccolte, vengono selezionate tutte quelle pratiche elementari, gesti quotidiani, azioni stereotipate che interessano l'intero gruppo sociale di appartenenza e la vita quotidiana: quei comportamenti cioè connessi alla sopravvivenza che Leroi-Gourhan definisce concatenazioni operazionali meccaniche «che si collocano su un piano profondo della memoria collettiva e non interessano il linguaggio che in misura limitata» (53). Il grado di adesione a queste pratiche elementari, che costituiscono la base del comportamento individuale, ci quantifica d'altro canto il legame dell'individuo con il suo gruppo, il grado della sua identificazione etnica, in quanto si fondano sull'opposizione a pratiche e comportamenti di altri gruppi. Ma difficilmente esse trovano esplicazione al di fuori di se stesse, nella parola soprattutto, perché la trasmissione di questo corpo di conoscenze e di comportamenti non avviene necessariamente attraverso il linguaggio, ma si realizza con l'osservazione del comportamento gestuale.

Dell'infanzia si racconta poco, ma soprattutto la si narra nei suoi riferimenti eccezionali; ciò che si racconta sono in primo luogo i momenti di rottura, gli imprevisti, l'eccezionale che travalica la linearità del quotidiano ed esemplifica la rottura passato-presente facendo attenzione a sottolineare il carattere collettivo dell'eccezionale.

...Ah mi go sentì più de una femena che no la se rasegnava de gaver de novo i fioi, che le buttava in tal rider e le dizeva: bon, bon, fazemolo, cussì magno un poc de brodo e me riposo... (54).

(52) Mi sembra importante far notare come anche la storia quotidiana e personale sia sottoposta a una particolare organizzazione della memoria e che questa peculiarità non sia appunto semplicemente riconducibile alla diversità dei temi narrati come in parte suggerisce l'Editorial di History Workshop: «A vast body of exsisting works demonstrates bejond doubt that memory can be a rich source of information for areas of personal experience; it is when the oral historian moves from the "personal" into the "political" arena that memory presents more of a problem», History Workshop, VIII, 1979.

(53) «Soltanto ad uno stadio molto avanzato dell'organizzazione della coscienza collettiva il gesto sociale o professionale si trova fissato nei trattati di galateo, nelle opere di comportamento, professionale o nei manuali di etnografia. La trasmissione delle concatenazioni elementari è quindi essenzialmente legata all'organizzazione delle cellule sociali, in particolare a quelle della famiglia e dei gruppi giovanili» A. LEROI-GOURHAN, *Il gesto e la parola*, Torino 1977, II, p. 275.

(54) Int. n. 12-A.

...La vardi lei, quela volta se pensava cusì, mi me ricordo sempre che qua iera tanti mulini, iera qua un visin, dove che stava una famea de sedici de lori, la pol creder che miseria, e la vecia la me dizeva sempre: — Ma vara là, gaver l'acqua visin e nissun che ghe caschi dentro, eh destin cussì — ... (55).

...Mi son nasuda in tal camp, mi an menada a casa in tal car, in campagna, dopo i ga carigà tuto sul car e i ze andadi a casa... eh naseva tanti cusì! (56).

Questi moduli tipici della testimonianza orale rispondono ad almeno tre ordini di problemi: innanzitutto la permanenza di alcune pratiche e il perpetuarsi di una mentalità collettiva che legittima questa descrizione evocativa; in secondo luogo la contrapposizione tra presente e passato che, proprio in ragione delle permanenze, non può esplicarsi che attraverso una comparazione con elementi eccezionali — gli intervistati insomma non hanno ancora chiuso i conti con la loro passata concezione pedagogica —, e non per ultimo la necessità di preservarsi da sanzioni e giudizi che possono provenire dall'intervistatore. In particolare, riguardo al nodo della trascuranza dei genitori e al rapporto madre-figlio, l'eccezionale da un lato e la sottolineatura del carattere collettivo della norma dall'altro permettono di scollarsi da responsabilità individuali. Bisogno quasi esplicito in questo spaccato biografico:

...Me mama la doveva andar a lavorar per darne de magnar e la ne meteva lì a casa, sentadi, col grembiulino e la ne meteva dele piere sora perché no se movemo e dopo la vigniva a casa, far de magnar e tal indomani de novo a far giornada.. ma mi no iero tanto diversa, no se podeva far altrimenti o cussì o morir de fame... dopo scalsi, sporchi... lei la dirà (si rivolge a me) la penserà che almeno podevimo lavarli... niente da far, iera cusì, anche l'acqua, no iera miga una roba come ze adesso... e il tempo?... (57).

Eccezionale e drammatico; la preoccupazione di far rinascere nel racconto un passato dai contorni particolarmente drammatici pervade il ricordo. Il campione usato ed offerto per quantificare la fame, la miseria, le difficile condizioni di sopravvivenza è il racconto delle ingiustizie sociali. Ma il quadro delle condizioni di esistenza dei bambini, molto pesante, non viene mai ricordato, anche se potrebbe costituire una dimensione di riferi-

(55) Int. n. 4-B.

(56) Int. n. 20-A.

(57) Int. 9-A. Vorrei sottolineare, a partire dal significato simbolico di questa testimonianza, l'importanza di una lettura psico-linguistica della struttura narrativa; le curve dell'intensità tracciate dall'eccezionale potrebbero darci ragione delle trasformazioni della mentalità individuale e collettiva nello spazio temporale che separa il fatto dal suo farsi racconto.

mento eccezionale. L'altissimo tasso di mortalità infantile (58) potrebbe rappresentare un elemento di riflessione altrettanto efficace di quello costituito dal rapporto tra proprietario e colono; uno spaccato significativo del difficile livello di sopravvivenza della famiglia. La contrapposizione tra passato e presente potrebbe trovare egualmente a questo riguardo una sua ampia esplicazione; la stessa concezione comune sulle «dimensioni del progresso» ne uscirebbe rafforzata. Ma ciò non avviene, e non certamente perché l'infanzia rappresentasse un periodo di vita particolarmente privilegiato: l'infanzia costituisce una fase di vita in cui non si è decisivi, non si definisce nulla del proprio status sociale. Non è il matrimonio che pur sempre rappresenta un momento di crisi nella vita di una donna; non è la chiamata alle armi che getta un'incognita sulla propria esistenza; non è la costruzione di una casa propria che comporta un salto di status. L'infanzia è un periodo di attesa, durante il quale le precarie condizioni d'esistenza sono in parte ancora oggi accettate come «naturali»: il ruolo improduttivo dei bambini da un lato e d'altro canto il carattere rischioso dell'investimento nei figli, l'insicurezza cioè nell'ottenere una valida contropartita alle iniziali perdite, costituiscono due importanti variabili nel determinare l'atteggiamento verso l'infanzia e in particolare verso i propri figli.

Il bambino invisibile

Nel codice culturale degli intervistati la potenzialità della forza-lavoro contribuisce a definire e delineare lo status sociale di un individuo; l'infanzia non entra a far parte del tessuto sociale se non con il passaggio ad un'età adulta. Durante l'infanzia, nella fase cioè che precede la sua entrata nella vita, egli è costantemente associato alla natura, per il suo modo di parlare, di mangiare, di camminare e così via. Infatti si colloca l'inizio della

(58) Come si può notare nella Tav. n. 4 i due punti massimi della mortalità infantile avvengono nei mesi invernali e in quelli estivi: il primo dovuto a malattie dell'apparato respiratorio, il secondo per affezioni all'apparato digerente (stigmatizzati dal parroco come «catarro gastroenterico»). Fra le altre «causae mortis» il croup difterico e la frequentissima «debolezza congenita». Archivio Parrocchiale, *Registri Mortuorum*, 1800-1925. (Per calcolare gli indici di stagionalità ho sommato i dati relativi ai diversi mesi; ho ridotto quindi i vari mesi all'ampiezza convenzionale di 30 giorni, correggendo cioè i dati relativi ai mesi di ampiezza diversa; ho sommato i dati corretti relativi ai dodici mesi e quindi agli anni interessati, ho rapportato ciascun dato corretto alla somma anzidetta e ho moltiplicato tale rapporto per 1200: in tale modo ho ottenuto una serie di indici di stagionalità la cui media aritmetica mensile è uguale a 100).

propria vita nel momento in cui si esce dall'infanzia, dalla natura, e si acquista uno status sociale (59):

Mi me son sposada, 16 ani sensa gaver putei, gavevo ciolto una putela e quando che la gaveva 18 ani la ze morta... (60).

Son stada in Francia per 25 ani... (61).

Mi son stada 20 ani a Trieste a lavorar, iero anche a servir dal sindaco... (62).

A 14 ani andavo a servir, nel '19 son andada a lavorar da... (63).

Mi son stà sempre mesadro... (64).

Del '15 son andà sul Carso e del '27 iero a Pola... (65).

Son nato e son andà in guera... (66).

La vita la go passada in tute le maniere, in guera, sensa, gaver la fia picola e no poderghe dar de magnar... (67).

Me marì fazeva el mugnaio... (68).

Come go de cominciar, non savessi cossa dirghe, mi son vedova, ze ormai 31 ani che son vedova, iero sposada de 27 ani, 26 gavevo quando che me son sposada, dopo el ze morto e son qua...(69).

Son vignuda qua del '20, in quei ani semo andadi a ciapar quele tere che quei altri i gaveva lassà star, perchè no i voleva far per mezo e lora noi gavemo dovù dir che fazemo per mezo... (70).

Cossa la vol che ghe conto, no savessi, me son sposada, go vù i fioi, come tute poh, noi porete o cusì, o ciaparla per el verso giusto o se no coparse ancora prima de naser... (71).

Anche se esistono certamente per l'intervistato problemi di organizzazione e sistematizzazione del ricordo e quindi possiamo trovare affastellamenti, inversioni temporali dovute alla difficoltà di narrare per la prima volta con organicità la propria vita — altre volte lo ha fatto, ma con intendimenti e obiettivi diversi — queste nascite paiono esclusivamente sociali.

Riuscire a sopravvivere: ciò è considerato una soglia naturale e la sopravvivenza è un privilegio per pochi, per coloro che resistono:

...Iera sei, sete fioi, dopo iera chi che gaveva anche tredici, quatordici, ma quela volta moriva tanti fioi, miga come adeso; adeso ze più asistensa, ze più dotori, anche se no le ga late, ghe lo fa gaver adeso, una volta

(59) Sull'associazione bambino-natura, cfr. S. B. ORTNER, Is female to male, as nature to culture?», in M. ZIMBALIST ROSALDO e L. LAMPHERE (a cura di), *Women, Culture and Society*, Stanford University Press, Stanford, 1974, p. 74.
(60) Int. n. 2-A.
(61) Int. n. 3-A.
(62) Int. n. 4-A.
(63) Int. n. 5-A.
(64) Int. n. 6-A.
(65) Int. n. 7-A.
(66) Int. n. 8-A.
(67) Int. n. 1-A.
(68) Int. n. 9-A.
(69) Int. n. 14-A.
(70) Int. n. 11-A.
(71) Int. n. 18-A.

no iera tute ste robe, gnanche no se vedeva dotori nel giro de chilometri, ma iera un mal; perchè se sa, sensa gnente i moriva tuti, ma iera anche un ben, adeso cresi tuti, anche quei che nasi balordi de pochi eti i li fa andar avanti... eh, ogni tanto penso proprio cusì: una volta doveva viver chi che podeva, se capisi, un che el iera un poco mingherlin dopo ghe vigniva la polmonite e el andava, opur qualche pestilensa e bon, iera finì cusì; se quel lì el fosi andà avanti a viver de sicuro el fosi crepà con qualcosa altro... nol iera fato per lavorar... (72).

«Nol iera fato per lavorar»

L'alta percentuale di mortalità infantile faceva sì che il raggiungimento degli otto-nove anni fosse un traguardo degno di considerazione e riconducibile unicamente ad una capacità autonoma di resistenza fisica, individuale del bambino. La forza intrinseca di queste riflessioni, se comparata alle astratte necessità di guarigione perseguite dai medici, ci dà la misura del drammatico impasse fra medicina e genitori. La logica sottesa a queste affermazioni è ineccepibile: anche se per una volta il bambino può essere strappato alla morte, egli, non presentando i presupposti fisici necessari per sostenere la fatica fisica connaturata all'idea di sopravvivenza, perirà inevitabilmente.

Non esiste un livello intermedio tra la vita e la morte: la malattia comporta una deficienza di forze; se non si posseggono le qualità fisiche per vivere, che equivale a lavorare, allora si muore. Per fanciulli malati, storpi e ritardati non c'è posto: l'universo familiare si regge sul precario e sottile equilibrio tra bocche da sfamare e braccia che lavorano. Va da sé che correttivi come quelli offerti dalla medicina non potevano scalfire questa stringente diagnosi popolare che individuava nella morte infantile l'inevitabile margine di scarto conseguente ad ogni tipo di produzione. L'assenza quindi di un'adeguata assistenza sanitaria se deprecabile (73) (ma non si tratta forse di una più tarda sovrapposizione?), si rivela in fondo funzionale con la doppia esigenza di riuscire ad allevare un numero sufficiente di bambini e di non generarne troppi (74). Inoltre la salute, come la ricchezza, è qualcosa che si acquisisce con la nascita:

...Ma una volta iera cusì, chi che naseva san di per sé steso, chi che

(72) Int. n. 8-B.
(73) Dai dati raccolti, sembra che soltanto nel 1914 in questo Comune venga istituita una condotta medica, con sede però in un Comune limitrofo, distante alcuni chilometri.
(74) M. MEAD, *La riproduttività umana*, in *Il desiderio di maternità*, a cura di L. Baruffi, Torino, 1978, p. 93.

no iera san iera malà e lora iera meio che el se tirasi in disparte... Una volta iera cusì: poveri e siori, sani e maladi... (75).

«Nol iera fato per lavorar», con amarezza ma era meglio che non intralciasse; pochi rimpianti per una bocca da sfamare in meno, che d'altra parte, per la sua intrinseca fragilità, sarebbe stata falciata comunque dalle fatiche della vita. Le necessità di un equilibrio tra forze produttive e non, trova una sua condizione di esistenza anche attraverso queste perdite umane. Ciò che si deve riprodurre è un elemento che svolga un ruolo produttivo nell'equilibrio familiare. Entrando nella vita biologica è delegato solo a lui, alle sue capacità di resistenza la possibilità di continuare a vivere: un mingherlino avrebbe provocato delle dispersioni nel bilancio familiare. Si afferma infatti che l'importante è fare figli forti, che anche se si perdono uno o più bambini si ha sempre il tempo di farne altri; e poi è la stessa miseria che riproduce i figli:

...Mi go vù fioi, tanti me ze morti, ma cosa la vol, su tanti che vigniva, tanti anche andava, ogi mori de meno ma anche nasi de meno, la media xe quela, tanti nassi, ma tanti mori, no podemo star più de quei tanti al mondo, e dopo no iera gnanche tanto... dispiaser, se gaveva sempre tempo de farli ancora, per gaverli se stava poco, iera per tirarli su che ghe voleva tanto, magari ogi ancor de più... (76).

...Adesso cressi tuti... no che sia sbaglià... ma una volta, no so come dir, iera diverso; quei che naseva e che creseva i moriva tuti veci, quei che viveva insoma iera quei che proprio doveva viver; una volta i creseva più forti, più sani e ghe digo, quei che rivava a viver iera proprio quei che doveva viver,... adeso anche un strambolot de gnente lo fa andar avanti... (77).

Il ruolo di ciascun componente nell'organizzazione del lavoro e nell'economia domestica e quindi direttamente nel tessuto sociale della comunità, è il limite di demarcazione della sua dignità e della sua considerazione da parte degli altri membri del gruppo familiare; all'interno di questa logica l'individuo improduttivo naturalmente — il bambino — veniva accettato qualora avesse dimostrato la sua autonoma capacità di resistenza e in tal modo garantito la sicurezza di una contropartita ai dieci anni di improduttività e di peso per la famiglia.

...Anche tanti fioi moriva, quando che naseva un iera solo un pianser in quela casa, me mama la me dizeva sempre: mi son stata contenta solo fin al terso, dopo go solo che pianto e la vardi che la mia mama iera tanto religiosa, sempre a pregar... (78).

(75) Int. n. 4-C.
(76) Int. n. 11-A.
(77) Int. n. 8-B.
(78) Int. n. 4-B.

...D. Ma i continuava a farli lo stesso? — Sì, ma no iera meraviglia, i dizeva che quando i sarìa vignudi grandi i gavessi lavorà in tai campi, ma no iera gnanche cura de lori, no i ghe dava de magnar tanto, magari una volta me ricordo che quasi tute le ghe dava del late... miga come adesso che se lo fa andar via... (79)

D. Ma de cosa i ze morti (i suoi figli)? — Ma, no so mi... i ze morti... cussì.. no i me magnava, i magnava poco, magari i iera in sostansa come viso, tuto, ma i ze morti e adesso i li copa... (80).

La risposta del parroco all'Eccelso Tribunale d'Appello

Nel 1906 l'Eccelso Tribunale d'Appello di Trieste, nell'intento di prendere dei provvedimenti a tutela dei fanciulli e degli adolescenti, promuove un'azione informativa presso ogni parrocchia per verificare

casi di trascuranza dei fanciulli, se fisica, morale o intellettuale, se tale trascuranza fu cagione della totale corruzione del fanciullo o dell'adolescente, se la stessa dipenda da deficiente educazione familiare o perché i ragazzi furono adibiti a lavori non adatti alle loro condizioni (...), infine se la causa di tutti questi malanni sia da ascriversi all'influenza funesta che indubbiamente esercita sui ragazzi l'ambiente in cui sono stati costretti a vivere.

Nel settembre dello stesso anno il parroco del nostro paese pedissequamente risponde:

Nel Comune dove lo scrivente si trova da sei anni, fu osservato da lui che la parte morale e intellettuale dei fanciulli viene molto trascurata a) perché i genitori, nella grande maggioranza contadini, occupano i fanciulli fino dalla prima età nella campagna, b) perché la scuola per conseguenza non viene frequentata in specie nelle due frazioni, c) perché i fanciulli appena arrivati ai tredici-quattordici anni si danno subito all'osteria, al giuoco, alla bestemmia, ai disordini, ai balli, fattori questi di pervertimento morale ed intellettuale. I genitori, cresciuti pure in un simile ambiente e circostanze, difettano di energia verso la propria prole, le autorità locali danno molta libertà, tutti lasciano passare tutto, nessuna meraviglia quindi se cresce su una generazione nuova, rozza ed ignorante, educata soltanto fra il vino, il vizio ed il divertimento sfrenato, sentimenti deleteri, che minacciano trono e altare. Una legge riguardante fanciulle e ragazzi e le osterie e l'abuso dei pubblici divertimenti (balli), una legge che punisca la bestemmia ed il turpiloquio ecco i mezzi dallo scrivente ritenuti i più adatti per porre rimedio a questi disordini (81).

Anche in questa testimonianza la diagnosi è la stessa: la trascuranza dei genitori e la corruzione dell'ambiente. Il pervertimento di questi fanciulli, considerati di per sé pericolosi, è dovuto all'allentamento del controllo dei genitori, i quali intravedono nei propri figli molto più un'occasione di profitto che un oggetto degno d'amore, di cura, d'affetto. E così

le madri devono usare somma attenzione affinché i figli vengano messi al mondo sani e vivi (...) e devono ancora attendere con ogni cautela, perché non abbiano a soffocare in qualche modo la loro prole durante la notte. Esse sono di più obbligate di nutrire e allattare i loro bambini (82).

H. Medick e D. Sabean hanno recentemente osservato come antropologi e storici abbiano perpetuato nelle loro analisi sulla famiglia una dicotomia tra la storia delle emozioni e quella degli interessi materiali come se la sfera delle emozioni elidesse quella dell'economia e viceversa. A partire da una sorta di annullamento operato dalla presenza dell'una nei confronti dell'altra — quanto più l'elemento materiale (sachliches Element) pesa nella formazione dei rapporti familiari, tanto più si pensa diminuisca lo spazio per il sentimento — le relazioni familiari contadine sono state analizzate come il prodotto esclusivo d'interessi economici. In quest'ottica i matrimoni contadini sono studiati senza tener conto delle variabili emozionali e la forza che governa i rapporti genitori-figli in queste società è la proprietà reale e tangibile; sull'altro versante, le relazioni borghesi presentano una evidente accentuazione del loro aspetto emotivo. Per gli Autori, questa censura va superata nella consapevolezza che

se interessi materiali ed efficacia strumentale sono propri di rapporti familiari in tutti i sistemi sociali, essi non esauriscono l'analisi, né quando si tiene conto della struttura dei codici nei vari contesti sociali, risulta evidente che siano più importanti per un tipo di famiglia piuttosto che per un altro (83).

A mio avviso, nelle ipotesi di sviluppo della ricerca che essi propongono per superare questa dicotomia tra materiale ed emozionale, ho ravvisato una sorta di rinnovato dominio dell'economia sul sentimento, nel senso che il loro obiettivo diventa in qualche modo quello di dare corpo economico alla sfera del sentimento (84). L'auspicata «territorializzazione dei sentimenti» do-

(79) Int. n. 3-C.
(80) Int. n. 32-A.
(81) Archivio Curia Arcivescovile di Gorizia, *Documenti della Parrocchia*, manoscritti sparsi.

(82) Archivio Curia Arcivescovile di Gorizia, *Folium Ecclesiasticum Archidioecesis Goritiensis*, p. 2.
(83) H. Medick - D. Sabean, *Note preliminari su famiglia e parentela: interessi materiali ed emozioni*, in «Quaderni Storici», 45, 1980.
(84) L'esempio riportato da T. Vigne è in qualche modo significativo: «Se si usasse come chiave di spiegazione solo il fattore economico non si riuscirebbe a capire il caso delle Ebridi, dove i genitori educavano i figli in modo assai diverso dalle Shetland, pur essendo identiche le attività economiche, apicoltura e pesca». T. VIGNE, *Genitori e figli 1890-1918: Distanza e dipendenza* in L. Passerini (a cura di) *Storia Orale, Vita quotidiana e cultura materiale delle classi subalterne*, Torino, 1978.

vrebbe essere accompagnata ed implicare necessariamente l'analisi dell'influenza della formazione culturale del soggetto che ricerca (85).

Proprio in nome della più volte sottolineata diversità dei codici di linguaggio — elaborati e limitati — usati nell'esprimere i sentimenti, la sfera emozionale contadina va letta fra le righe. E, aggiungerei, tenendo conto che al momento dell'analisi si attua un incrocio impari tra un codice limitato e una lettura elaborata, legittimata inoltre da una norma sociale corrente. Così se un contadino afferma: «Amo la donna che possiede 40 acri» è necessario superare in uno e le diversità rappresentate da un codice di espressione limitato, ma soprattutto quelle legate ad una gerarchizzazione dei codici.

In sostanza va tenuto presente che esiste una tendenza a rendere universale l'attuale tipologia dei possibili sentimenti; così nel legame madre-figlio andiamo a ricercare la cura, la dedizione, e nel figlio un'innata predisposizione affettiva verso la madre. Se non si ritrova questa possibile configurazione del sentimento materno e filiale, assolutizzato nella sua unicità, altre forme di espressione non vengono scandagliate ed emerge la necessità di legittimarle con il movente economico. Ne consegue la visione di un'economia contadina che presenta irriducibili caratteri di contrattazione in cui l'emotivo non riesce a situarsi, in quanto ricercato con moduli tipicamente estranei ad esso.

Ritornando ai nostri bambini appare chiaro che l'atteggiamento della famiglia e della madre di fronte alla morte del bambino sfugge decisamente ad un'analisi che pretenda di estrapolarne sentimenti di moderna affettuosità. Non si tratta semplicemente di un problema quantitativo, e cioè della divisione dell'affetto su un numero più elevato di figli: affetto e ideali sulla composizione della famiglia sono sustanziali l'uno all'altro. Se il lato produttivo di una vita per queste contadine rappresenta un valore che si costituisce in norma di comportamento nei confronti dei figli, bisogna notare come esistano anche altri meccanismi normativi diversi, e che si situano spesso ai nostri occhi su piani assolutamente conflittuali. Così la stessa madre che assiste con «trascuranza» alla morte dei figli, in un'altra situazione porta di nascosto una pagnotta di pane alla figlia di sette anni, a servizio presso una famiglia di nobili e costretta a rubare gli avanzi del cibo destinato alla cagnetta e finisce poi col riprendersi la bambina nonostante la famiglia versi in condizioni economiche disastrosissime. Allo stesso modo una madre canta

(85) Cfr. L. ACCATI, *Introduzione*, in «Quaderni Storici», 44, 1980, pp. 333-334.

al piccolo nato una ninna nanna che, tradotta, suona così: «Na na pi pin codai, che disgrazia averti, che bene starei, se non t'avessi». Due piccoli esempi di come possano coesistere e funzionare meccanismi normativi di comportamento assolutamente diversi, manipolati secondo stimoli e necessità che ogni particore situazione suscita.

Il sentimento nei confronti di questi bambini è dunque estremamente variegato e dettato da un complesso intreccio di ideali e rischi, illusioni e possibili imprevisti in quanto sono percepiti come i protagonisti della continuità biologca e sociale della famiglia. Essi esistono ma sono qualcosa di diverso e di pericoloso, potenzialmente. Da adulti possono contribuire all'ampliamento del gruppo ma possono anche trasformarsi in agenti disgregatori; costituire degli ottimi alleati ma pure dei pericolosi nemici nelle alleanze familiari. E' questa funzione del figlio che suggerisce un particolare rapporto tra madre e figlio: per la giovane donna che entra nella famiglia del marito, il figlio costituisce lo strumento di definizione della sua identità sociale: immersa in un alone di liminalità, solo trasformandosi in madre sanziona il proprio status e fa del marito un padre oltre che il figlio di un'altra donna (86).

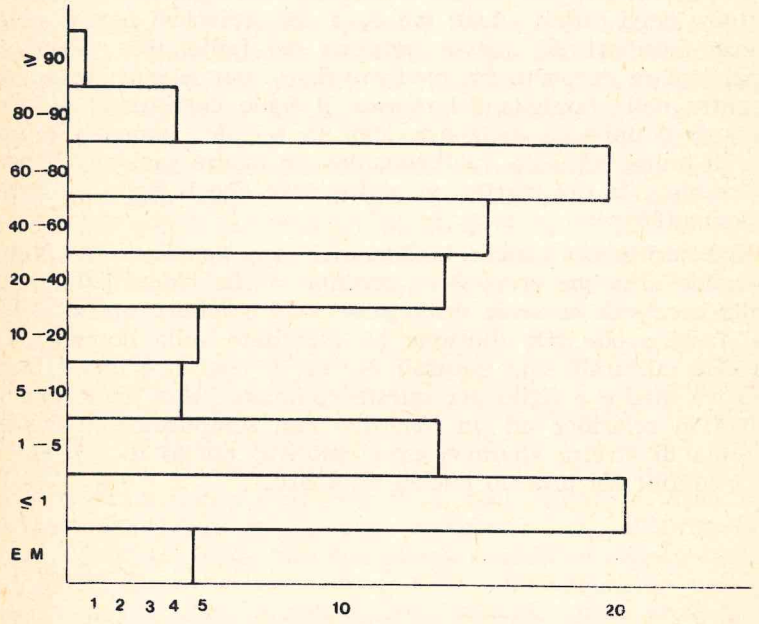
Si è scritto che «anche le Donne si sono appellate alla Natura quando altre vie erano loro precluse e che l'idea dell'unicità e della necessità naturale del legame madre-figlio è anche dovuta al fascino che tale illusione ha esercitato sulla donna» (87). Necessità culturali, non naturali, quelle di costruire una stretta diade tra madre e figlio per queste contadine. Una diade che si realizza in relazione ad un obiettivo non semplicemente economico ma di stretta sopravvivenza emotiva: quello di far emergere i confini del proprio nucleo familiare.

(86) Cfr. F. ZANOLLA, *Suocere, nuore e cognate nel primo '900 a P. nel Friuli*, in «Quaderni Storici», 44, 1980, pp. 429-450.

(87) P. MORGAN, *Il rapporto madre-figlio come problema psicosociale. Appunti per una critica della teoria della deprivazione*, in «Nuova Donna, Woman, Femme», 2, Roma, 1977, p 70.

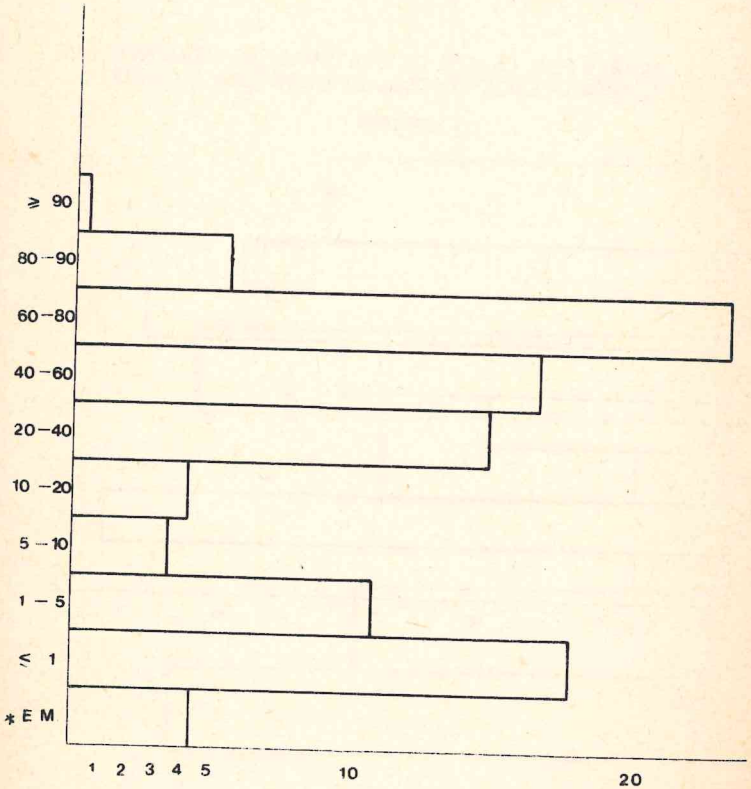
TAV. 1 - MORTI PER CLASSI DI ETA' (VAL. IN PERCENTUALE)
NELLA PRINCIPESCA CONTEA DI GRADISCA E GORIZIA

1876-1885



TAV. 2 - MORTI PER CLASSI DI ETA' (VAL. IN PERCENTUALE)
NELLA PRINCIPESCA CONTEA DI GRADISCA E GORIZIA

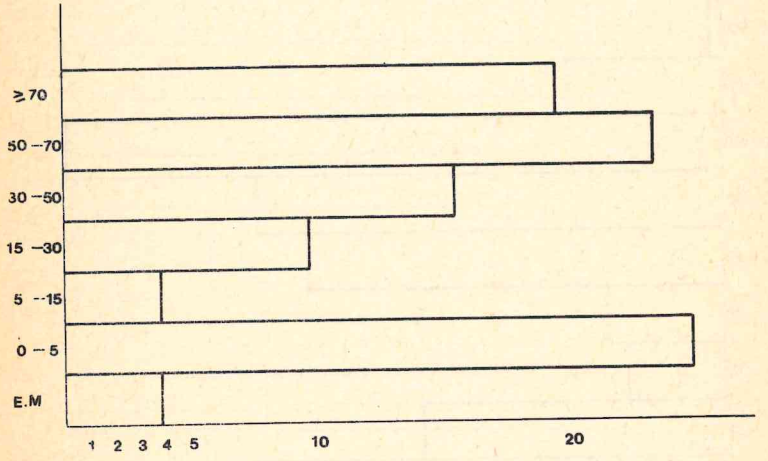
1886-1894



* ESPULSI MORTI

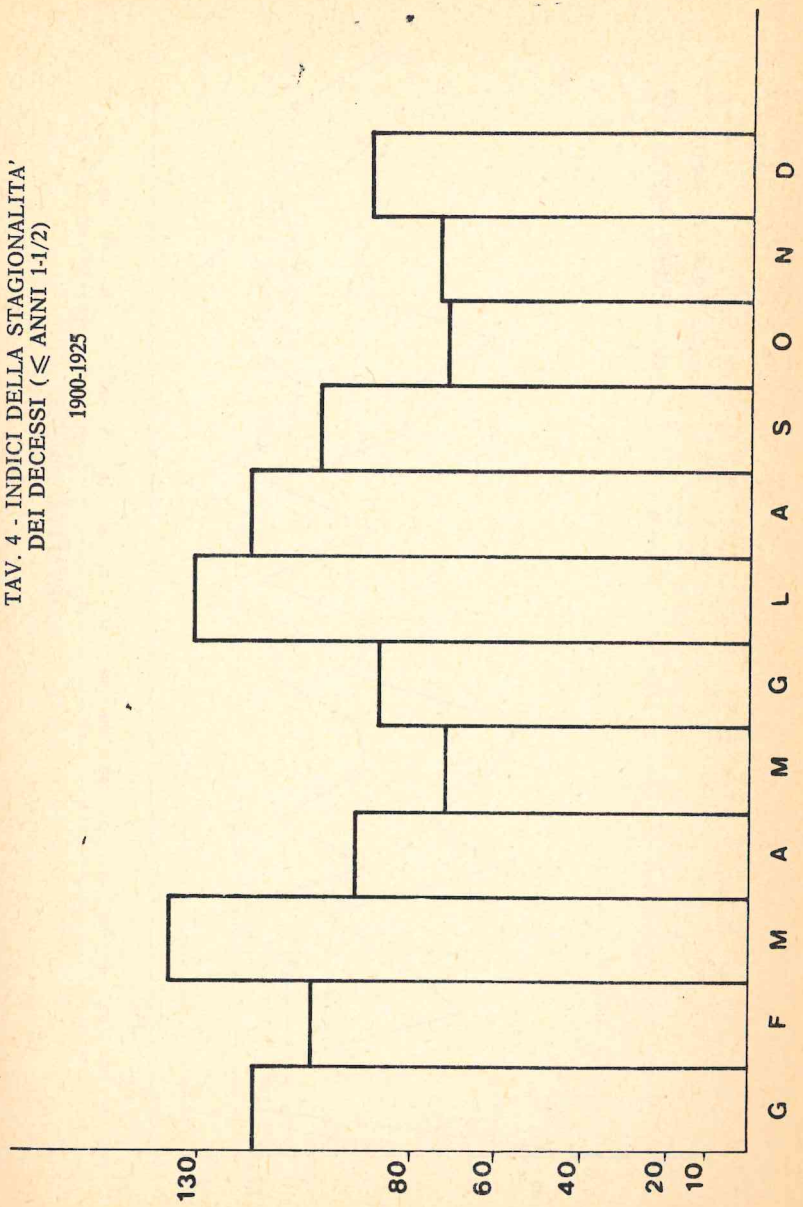
TAV. 3 - MORTI PER CLASSI DI ETA' (VAL. IN PERCENTUALE NELLA PRINCIPESCA CONTEA DI GRADISCA E GORIZIA

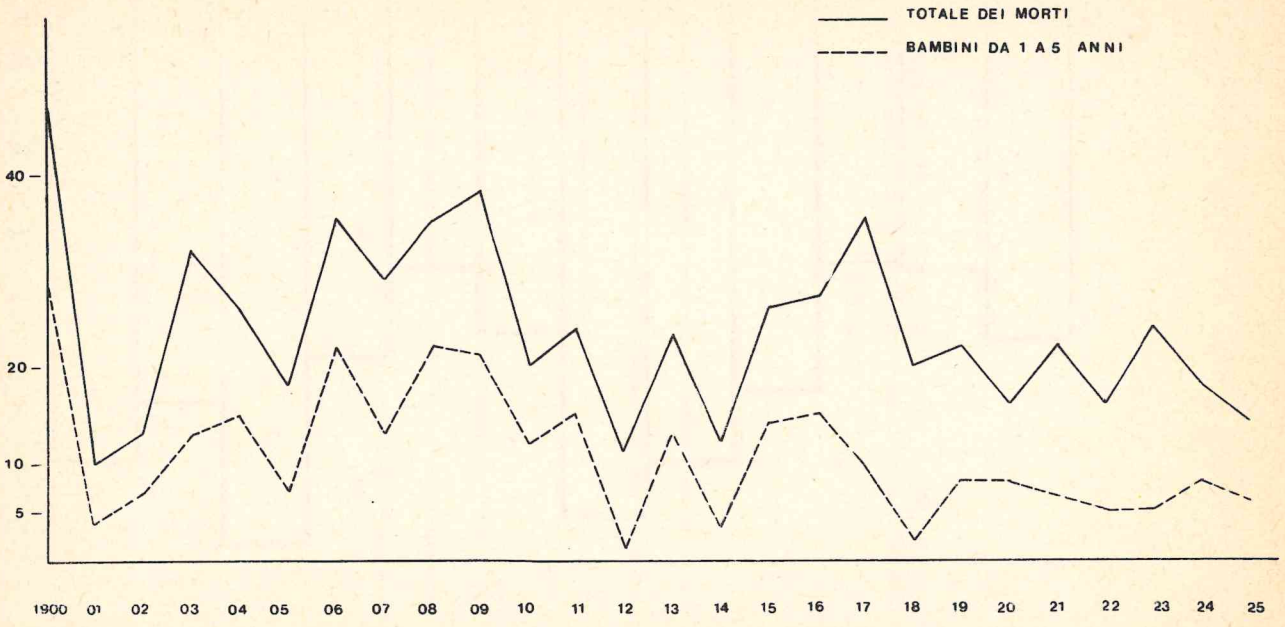
1895-1907



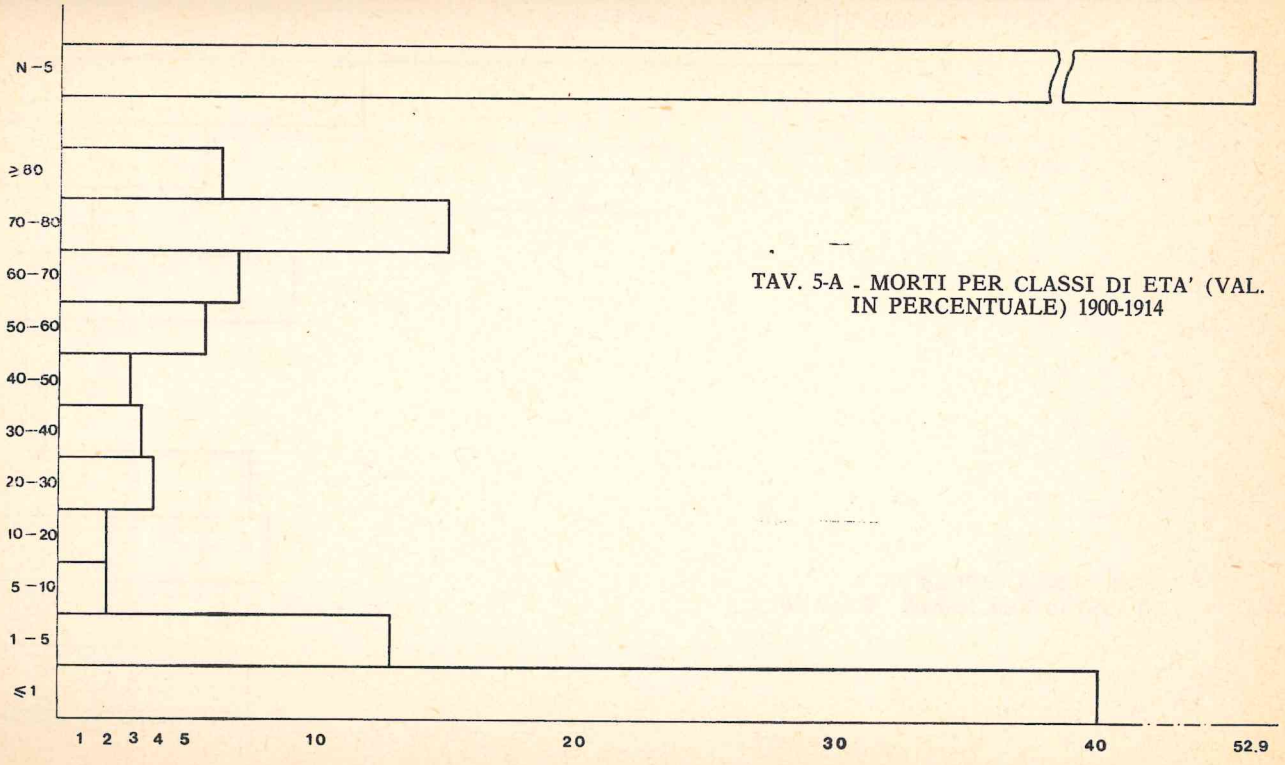
TAV. 4 - INDICI DELLA STAGIONALITA' DEI DECESSI (≤ ANNI 1-1/2)

1900-1925

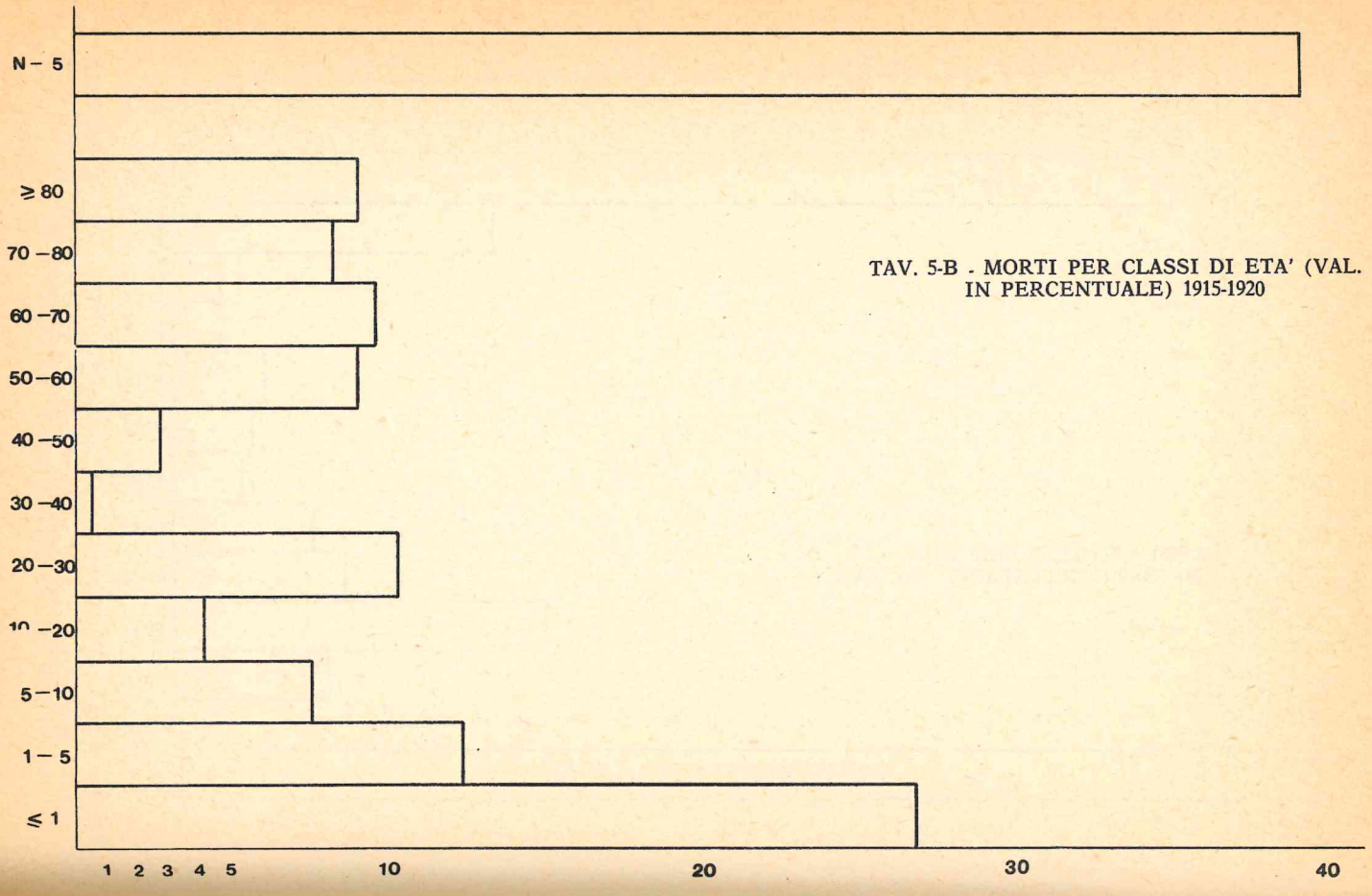




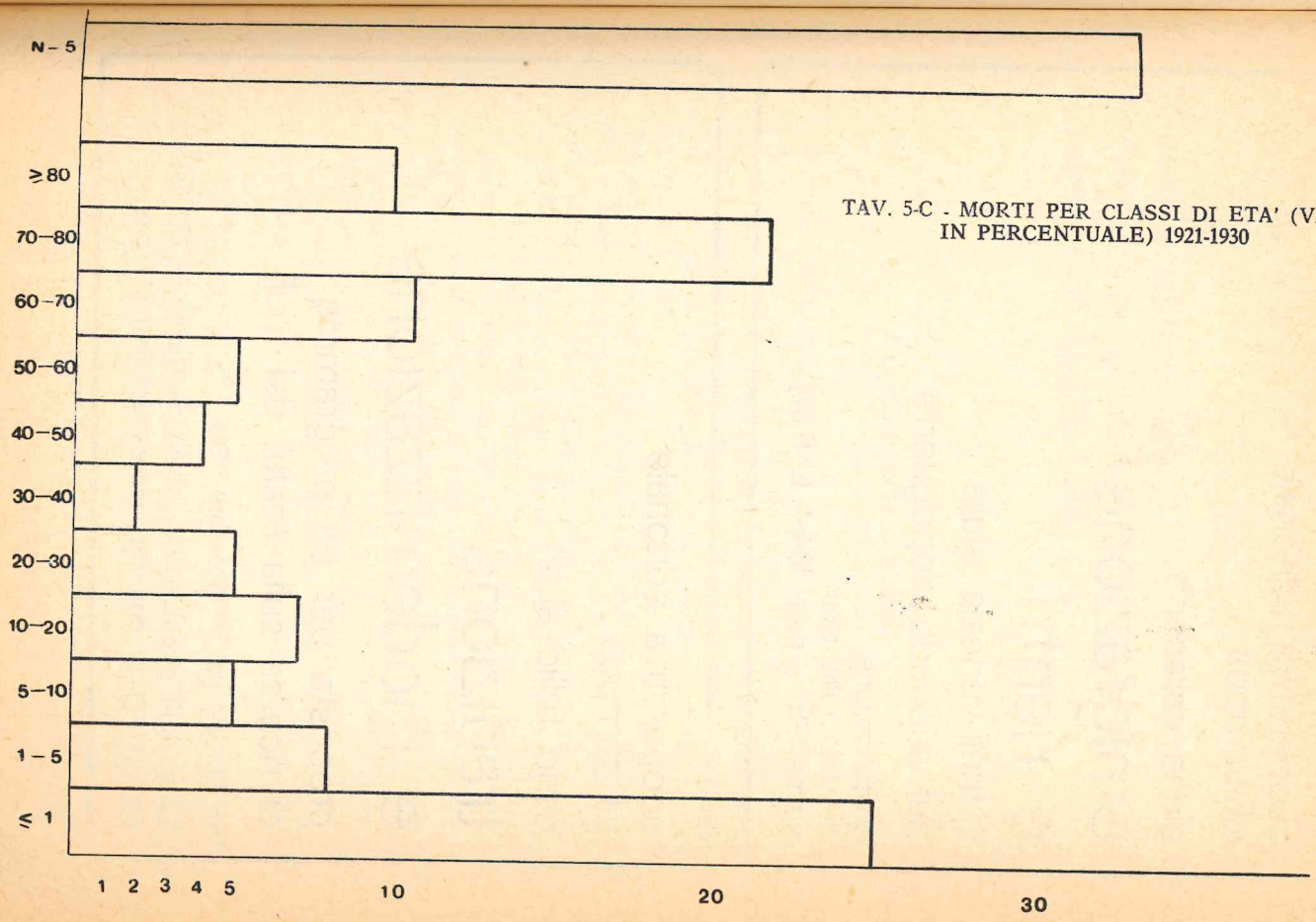
GRAF. 1 - MORTALITA' 1900-1925



TAV. 5-A - MORTI PER CLASSI DI ETA' (VAL. IN PERCENTUALE) 1900-1914



TAV. 5-B - MORTI PER CLASSI DI ETA' (VAL. IN PERCENTUALE) 1915-1920



TAV. 5-C - MORTI PER CLASSI DI ETA' (VAL. IN PERCENTUALE) 1921-1930